

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2025

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

— **THÈSE** —

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Mai 1909, à 1 heure

Par **Arsène ROUSSEAU**

Né à Mignaloux (Vienne), le 30 octobre 1882.

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES FISTULES
DU CANAL DE STÉNON**

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. RECLUS, professeur.
Marcel LABBÉ et PROUST, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard. 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen			M. LANDOUZY
Professeurs			MM.
Anatomie			NICOLAS
Physiologie			CH. RICHET
Physique médicale			GARIEL
Chimie organique et chimie générale ..			GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale			BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales			BOUCHARD
Pathologie médicale			BRISSAUD
			DEJERINE
Pathologie chirurgicale			LANNELONGUE
Anatomie pathologique			PIERRE MARIE
Histologie			PRENANT
Opérations et appareils			HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale			POUCHET
Thérapeutique			GILBERT
Hygiène			CHANTEMESSE
Médecine légale			THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée			ROGER
			HAYEM
Clinique médicale			DIEULAFOY
			DEBOVE
			LANDOUZY
Maladies des enfants			HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale ..			GILBERT BALLIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques			GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux			RAYMOND
			PIERREDEL BET
Clinique chirurgicale			QUENU
			RECLUS
			SEGOND
Clinique ophtalmologique			DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires			ALBARRAN
			PINARD
			BAR
Clinique d'accouchements			RIBEMONT - DES
			SAIGNES
Clinique gynécologique			POZZI
Clinique chirurgicale infantile			KIRMISSON
Clinique thérapeutique			A. ROBIN
Agrégés en exercice			
MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MA MÈRE

A MES PREMIERS MAÎTRES :

MM. LES DOCTEURS CHRÉTIEN, LAGRANGE,

MALAPERT, PETIT, ROLAND

A MES MAÎTRES DE PARIS

MESSIEURS LES DOCTEURS BROCA ET LEPAGE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Si les fistules du canal de Sténon sont plus rares que les fistules parotidiennes, elles sont cependant d'un intérêt thérapeutique plus grand. Cette importance tient moins à leur siège, qu'aux difficultés qu'éprouve dans certains cas le chirurgien à les faire disparaître.

Le plus souvent d'origine traumatique, dentaire ou chirurgicale, elles sont ordinairement buccinatrices, plus rarement massétélines ou rétro-massétélines, et d'un diagnostic généralement facile.

La présence, sur une ligne allant de la commissure labiale au tragus, ou plus exactement peut-être, de la partie inférieure de la narine à l'extrémité du lobule de l'oreille correspondante, d'un orifice étroit, s'ouvrant soit au fond d'un petit mamelon fongueux, soit au fond d'une légère ulcération et donnant passage, surtout au moment des repas, à un liquide clair, non visqueux, suffit dans la majorité des cas pour affirmer l'existence d'une fistule du canal de Sténon.

Des fistules lymphatiques de la région ou des ulcérations actinomycosiques, peuvent rarement prêter à confusion; d'ailleurs, la régularité de l'écoulement, dont l'abondance est à peu près sans rapport avec la mastication, et l'analyse chimique du liquide éviteront toute erreur.

C'est avec la fistule parotidienne, qui peut, lorsqu'elle intéresse un canal accessoire, s'ouvrir même à la joue, que le praticien doit faire le diagnostic différentiel. Le siège du pertuis fistuleux, l'absence partielle ou totale de l'écoulement salivaire du côté buccal, l'abondance même de l'écoulement, sont alors autant de symptômes intéressants.

Si par la soustraction d'une partie de la salive, les fistules peuvent amener au bout de plusieurs années, un certain degré d'affaiblissement, elles n'en sont pas moins d'un pronostic bénin.

L'esthétique seule, cependant, suffirait à expliquer l'empressement des malades à s'en débarrasser, si la gêne qu'elles occasionnent ne venait à tout instant en accroître leur désir.

Supportables dans l'intervalle de l'alimentation, dès que la moindre impression gustative se fait sentir, le malade est inondé. A l'occasion de ses repas, il est dans l'obligation de maintenir, appliquées contre l'orifice fistuleux, des compresses que l'abondance de l'écoulement le force fréquemment à changer, la moyenne de 50 à 200 gr. de liquide par repas, indiquée par M. le docteur Morestin n'ayant rien d'exagéré, puisque Duplessis a pu recueillir dans un

cas 88 gr. de salive en 18 minutes, et Duphœnix 120 gr. en 28 minutes.

Il apparaît donc que les fistules du canal de Sténon constituent une infirmité réelle, par l'obstacle qu'elles créent aux conditions sociales, et dès lors toute leur importance chirurgicale s'explique.

A l'occasion d'un cas de fistule du canal salivaire observé dans le service de M. le docteur Broca, chirurgien à l'Hôpital des Enfants Malades, nous avons pensé qu'il serait intéressant de revenir sur la thérapeutique de ces fistules.

Tel sera, sans aucune prétention, le but de cette étude.

Après quelques mots d'Historique, nous étudierons successivement les traitements proposés pour obtenir l'occlusion de l'orifice fistuleux et tarir la sécrétion parotidienne; enfin, nous examinerons les différentes méthodes de dérivation salivaire naturelle et artificielle. De cette vue d'ensemble, nous nous efforcerons de tirer quelques conclusions.

Qu'il nous soit permis d'assurer notre Maître, M. le docteur BROCA, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné avec tant de dévouement pendant le cours de nos études.

Nous adressons à M. le docteur CAPETTE nos plus sincères remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a prodigué ses conseils.

M. le professeur BRISSAUD veut bien nous faire l'honneur de présider à la soutenance de notre thèse,

nous le prions de croire à toute notre reconnaissance.

Nous savons gré à MM. MASSON, éditeurs, de nous avoir communiqué les clichés des planches que nous reproduisons et qui ont été empruntées au traité de chirurgie de MM. Monod et Vanverts. Nous sommes heureux de féliciter notre imprimeur M. Michalon du soin avec lequel il a surveillé l'impression de notre thèse.

HISTORIQUE

Les croyances religieuses de l'antiquité s'opposaient à la dissection des corps humains, et cependant, les premiers médecins ont eu des notions anatomiques et même physiologiques, qui nous étonnent.

Si leurs connaissances sur l'appareil parotidien n'étaient pas suffisantes pour leur permettre d'en interpréter exactement les phénomènes pathologiques, les relations qu'ils nous en ont laissées, sont toutefois de nature à nous en rendre possible le diagnostic rétrospectif.

Hippocrate (460-380 av. J.-C.), grâce à une observation minutieuse, n'a pas ignoré l'existence dans notre corps de nombreuses glandes, des glandes axillaires entre autres. Ce n'est qu'accessoirement, qu'il parle de celles situées « au pourtour de l'oreille », et il en a d'ailleurs méconnu la fonction.

Pour Galien (131 à 209 ap. J.-C.), dont la science physiologique était plus grande, des vaisseaux particuliers sont chargés par la nature de conduire la

salive au niveau de la cavité buccale. Dans un de ses ouvrages, le « *De compositione medicamentorum* », il rapporte l'histoire d'un jeune homme qui fit, à la suite d'une fièvre maligne, un volumineux abcès parotidien. L'évacuation de la collection purulente fut suivie d'une guérison rapide, mais un petit orifice persista au niveau de la plaie, donnant issue à un liquide très clair.

Au XVI^e siècle, Ambroise Paré nous a laissé une description fort intéressante d'un cas de fistule salivaire : « *C'était un soldat qui avait reçu un coup d'épée au travers de la mandibule supérieure; la plaie guérit; il ne restait qu'un bien petit trou près de la conjonction de la mandibule inférieure à la mandibule supérieure, non plus grand qu'à mestre la teste d'une épingle, duquel luy sortait, en parlant ou maschant, grande quantité d'eau fort claire et que j'ai souventes fois veue.* »

Fabrice de Hilden et Fabrice d'Aquapendente avaient observé que certaines plaies de la joue laissaient persister un écoulement limpide, mais tout comme Galien et Ambroise Paré, ils n'en soupçonnèrent pas la provenance : « *Unde et quomodo effluit ego certe nescio* », ainsi s'exprime Fabrice d'Aquapendente au sujet de ce liquide, dans le « *De vulnribus genarum* ».

Cette question des fistules du conduit salivaire ne sortit réellement de l'obscurité qu'après la découverte par Sténon, en 1660, du canal parotidien. Un de ses contemporains, Gérard Blasius, arguant de

constatations faites sur les animaux, prétendit en avoir le premier reconnu l'existence et en revendiqua l'honneur. Sténon protesta dans une lettre à Bartholin le 22 avril 1661.

En attirant l'attention sur la voie évacuatrice de la salive parotidienne et par conséquent sur son origine, l'illustre anatomiste danois allait permettre aux chirurgiens non seulement de distinguer deux grandes classes de fistules parotidiennes, celle des fistules de la glande proprement dite et celle du canal, mais aussi éclairer d'un nouveau jour leur thérapeutique rationnelle.

Et pourtant, ce n'est qu'en 1757, grâce aux observations apportées par Louis, Morand et Duphénix à l'Académie royale de chirurgie, et à leurs controverses, que les fistules du canal de Sténon entrent définitivement dans le domaine chirurgical.

Quelques années plus tard, en 1760, un français, Deroy, concevait et appliquait le premier traitement de dérivation salivaire.

Depuis lors, tant en France qu'à l'étranger, de nombreux travaux ont été publiés sur les fistules du canal de Sténon, dans le but d'en assurer la guérison. Ce travail n'ayant d'autre intention que de passer en revue les différents traitements qui ont été proposés, pour ne pas être fastidieux par des répétitions inutiles, nous arrêterons à 1760 ce rapide historique, les pages qui suivent n'en étant que le complément. Qu'il nous suffise, pour le moment, et dans l'idée seule de donner un aperçu de l'émulation

qu'a suscitée la thérapeutique des fistules du canal salivaire, de citer quelques noms: Deguise (1811), Atti (1818), Béclard (1824), Larrey (1829), Gosselin (1859), Rodolphi (1859), Langenbeck (1830), Delore (1869), Trélat (1872), Pozzi (1882), Richelot (1882), Le Fort (1883), Mollière (1887), Princeteau (1899), Bouglé (1901).

DU TRAITEMENT DE L'ORIFICE FISTULEUX

L'ignorance, non seulement de l'origine de la salive, mais aussi de la nature même de l'écoulement qui se produit au niveau de la fistule, n'a permis aux anciens d'en chercher la guérison que dans la cicatrisation seule de l'orifice fistuleux. Nombreuses sont les méthodes qui, dans ce but, furent utilisées.

a). *Cautérisation*. — Les caustiques ont joui autrefois d'un grand succès et ils constituèrent toute la thérapeutique des fistules salivaires.

Par l'application d'un emplâtre cathérétique, Galien a obtenu une guérison heureuse, et Ambroise Paré s'est bien trouvé des cautérisations à l'eau forte et à la poudre de vitriol brûlé.

Fabrice d'Aquapendente conseille de maintenir sur l'orifice fistuleux des compresses trempées dans les eaux minérales d'Appones, ou l'utilisation de cérats dessicatifs.

.. Pour Roonhuysen (1668), l'emplâtre à la résine de pin est susceptible de donner d'excellents résul-

tats, et Muunnicks (1721) eut un succès complet avec la poudre d'os sèche.

Si Monro n'a obtenu que de mauvais effets de la cautérisation, Dimerbrœck et Munck par contre lui attribuent de grands succès.

Louis ne considérait son usage comme rationnel qu'en présence de fistules parotidiennes et il fait remarquer à juste titre que dans tous les cas favorables, il s'agissait probablement de fistules de la glande. Ayant obtenu par un simple attouchement au nitrate d'argent la cicatrisation d'une fistule du canal, datant de 19 ans, il changea d'avis et défendit dans un second mémoire l'opinion contraire.

Le nitrate d'argent échoua entre les mains de Borel (*Gazette des Hôpitaux*, 1859) et cependant il est susceptible de donner des guérisons, mais dans des circonstances particulières. Une condition est indispensable à son utilité, c'est la perméabilité du bout antérieur du conduit de Sténon. Il est à remarquer, en effet, que dans les cas où il fut employé avantageusement, il s'agissait de fistules récentes, ce qui cadre bien avec la possibilité de l'écoulement par le bout antérieur du canal. Seule la malade de Louis portait une fistule datant de plusieurs années.

Dans l'observation de Hergott (*Thèse de Strasbourg* 1872), dans celle du docteur Lombard (*Gazette des Hôpitaux* 1875), le bout périphérique du canal était perméable et même dans la dernière une partie seulement de la salive s'écoulait par l'orifice fistuleux. Il en était de même chez le malade du docteur

Ravenel (*Annales médicales de la Suisse Romande* 1883) et chez celui de Guder (*Annales médicales de la Suisse Romande* 1889).

OBSERVATION I (Résumée)

HERGOTT. Strasbourg. (CADOT, *thèse de Paris* 1872).

Le 16 août 1870, un soldat est blessé par une balle dont l'ouverture d'entrée est située au milieu de la joue et dont l'orifice de sortie siège sous le lobule de l'oreille. La cicatrisation de la plaie se fait sauf en un point qui donne issue à un liquide séreux surtout abondant au moment des repas. Sous l'influence de cautérisations au nitrate d'argent, la guérison de la fistule est obtenue en quelques jours.

OBSERVATION II (Résumée)

M. LOMBARD, de Terrasson (*Gazette des Hôpitaux* 1875).

La présence d'un calcul salivaire ayant déterminé la formation d'un abcès, cet abcès est ouvert et une fistule salivaire en est la conséquence. A la suite de l'incision de la plaie, en effet, il se forme une plaie communiquant avec la bouche et donnant issue extérieurement à une partie de la salive le reste continuant à couler dans la bouche. Sous l'influence de la cautérisation de la fistule avec le nitrate d'argent et de la compression, la cicatrisation est obtenue.

OBSERVATION III (Résumée)

M. RAVENEL (*Annales Médicales de la Suisse Romande* 1883).

Un homme est frappé au visage avec une bouteille cassée; une plaie en résulte, située à égale distance de la commissure labiale et de l'oreille; la muqueuse buccale est intacte. On panse la plaie, mais on s'aperçoit, quelques jours après, que le pansement est imbibé de salive et de sang. Deux cautérisations au nitrate d'argent ont suffi à amener la guérison de la fistule du canal de Sténon.

Louis utilisait aussi le nitrate d'argent, concurremment avec le séton, et le docteur Pozzi ne s'en servit qu'après avoir créé une voie artificielle à l'écoulement salivaire du côté buccal.

Le docteur Martin conseille de recourir avant tout autre médication à l'usage des caustiques. Cette pratique, compréhensible chez les praticiens qui ont précédé Sténon, ne saurait aujourd'hui être envisagée que si un écoulement salivaire partiel dans la cavité buccale, ou le cathétérisme du bout antérieur du canal parotidien, affirment la perméabilité du conduit. Elle est alors utile, lorsque les bords de l'orifice fistuleux présentent des callosités et des fongosités qui empêchent leur réunion. Elle agit en déterminant la formation d'une escarre superficielle qui, lorsqu'elle tombe, laisse à nu des surfaces avivées susceptibles d'adhérer entre elles. Les caustiques à escarre sèche et limitée, comme le nitrate d'argent et le fer rouge, sont surtout indiqués. L'attouchement de l'orifice et de son trajet est seul nécessaire et souvent il demande à être plusieurs fois répété.

b). *Agglutinatifs*. — L'occlusion de l'orifice fistuleux constitue une médication sans gravité, qui a donné des guérisons dans les cas où le bout buccal du canal de Sténon étant libre de tout rétrécissement, les bords de l'orifice étaient dépourvus de fongosités.

Malgaigne tenait en grande estime l'emploi d'une mince lame d'or collée sur la joue avec de la poix, mais il n'en a pas lui-même, que nous sachions, contrôlé les bons effets.

Rodolphi (*Gazette médicale de Paris* 1859) obtint en huit jours, à l'aide du collodion, la fermeture d'une fistule du canal récente, consécutive à l'ablation d'une tumeur de la joue.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

RODOLPHI (*Gazette Médicale de Paris* 1859).

Fistule salivaire du canal de Sténon consécutive à l'ablation d'une tumeur kystique de la joue, placée sur le trajet de ce canal

On essaya d'abord la compression qui ne put être supportée par le malade, puis la suture entortillée; enfin on mit en usage un troisième moyen qui consistait en un ressort d'acier maintenant réunies les deux lèvres de la plaie. Tous ces moyens échouèrent. On songea alors aux applications de collodion qui, en 8 jours, amenèrent la guérison.

Même succès avec les agglutinatifs, pour J. Champouillon et Thornley Stokes.

OBSERVATION V (*Résumée*)

TORNLEY STOKES. (*Dublin journal of medical sciences* 1882).

Un malade porteur d'un Epithelioma de la joue, se fait opérer. A la suite de l'ablation de la tumeur maligne, on constate l'existence d'une fistule du canal de Sténon. La guérison est obtenue à l'aide d'un emplâtre agglutinatif.

Michalski recouvrait le pertuis anormal d'un peu de taffetas qu'il fixait à la peau avec du collodion.

Morris appliqua un pansement occlusif fait de coton cardé et de collodion après dilatation préala-

ble du bout périphérique du conduit parotidien au moyen d'une fine bougie.

Le docteur Chrétien constate avec raison que le collodion joint à l'avantage d'une occlusion bien faite, celui d'une légère compression et d'un rapprochement des bords de l'orifice fistuleux.

c) *Suture*. — La suture consiste à réunir les bords de l'orifice fistuleux après avivement. Une légère compression locale ne saurait nuire à son efficacité.

C'est un moyen très ancien, puisque Morand père, aux dires de son fils, y eut souvent recours. Elle nécessite, cela va de soi, la possibilité pour la salive de s'écouler librement dans la bouche. Elle fut insuffisante dans les observations de Rodolphi et de Moty.

OBSERVATION VI

M. MORY. (*Gazette des Hôpitaux*, 15 oct. 1895).

S.... Civil, européen, entre le 4 février 1895 à l'Hôpital de Guelma pour une fistule salivaire gauche datant de 6 mois; il a été atteint, à cette époque, de plaie par instrument tranchant qui a laissé une cicatrice verticale de 7 cm., à 1 cm. environ en avant et dessous du lobule de l'oreille; la réunion s'est faite secondairement, sans complication, mais a laissé une petite fistule par laquelle une salive franchement alcaline s'écoule au moment des repas; il s'en écoule également un peu en dehors des repas, mais elle est neutre ou légèrement alcaline, elle n'irrite pas la joue. Du côté buccal, on remarque que l'orifice gauche du canal de Sténon a presque disparu: il ne fournit plus de salive et je ne réussis pas à y introduire un stylet qui passe facilement par le canal du côté droit.

Le 7 février, je pratique une incision horizontale sur la fistule, de manière à rechercher les bouts du canal; cette recherche reste inutile, mais l'incision sert à faire pénétrer une longue aiguille ordinaire, à faible courbure, armée de trois crins, de la partie profonde de la fistule dans la cavité buccale; l'aiguille est conduite obliquement et vient sortir au niveau de l'orifice oblitéré du canal de Sténon; confiant alors à un aide le chef buccal des crins, j'enfile à nouveau le chef extérieur et repasse dans la même direction; l'anse de mes fils occupe la partie la plus profonde de la fistule qu'elle attire du côté de la cavité buccale. Les crins sont noués dans la bouche, sans trop serrer, et coupés au ras du nœud; suture de l'incision cutanée et collodion.

Le 8. — La salive coule dans le pansement.

Le 9. — Elle commence à couler par la bouche, mais continue de mouiller le pansement.

Le 11. — Pas d'écoulement par la fistule.

Le 12. — Echec de la suture.

Le 18. — Nouvel avivement, suture entortillée avec quatre épingles.

Le 21 et 22. — Ablation successive des épingles, réunion imparfaite; il suinte un peu de salive entre les lèvres de la plaie au moment des repas.

Le 25. — Guérison complète, ablation des crins par la bouche. Le malade, sorti guéri le 27 février et revu dans la suite est resté parfaitement guéri; la cicatrice de la joue est souple et peu apparente, le fonctionnement du nouveau canal ne diffère pas de celui de son congénère.

Pour donner seule des résultats, elle demande une fistule de création récente, car même après avivement

des bords, elle ne saurait suffire dans les fistules anciennes, par suite de l'oblitération du canal. Aujourd'hui, cependant, elle est de pratique courante et dans presque tous les cas. Cela tient à ce que les chirurgiens ne la pratiquent qu'après avoir établi l'écoulement de la salive du côté buccal, pour obtenir une cicatrisation plus rapide de la plaie extérieure ou pour en corriger les difformités. Nous ne citerons que pour mémoire les malades de Duphénix, Coutavox, Deguise, Gosselin, Jobert, Decreton, Pœnaro-Caplesco, Rey, Bouglé, etc.

d) *Autoplastie*. — L'autoplastie fut employée par Bérard (*Gazette des Hôpitaux* 1846), après rétablissement de la continuité du canal de Sténon, à l'aide d'une canule en argent, introduite dans l'orifice buccal du conduit salivaire et poussée jusque dans l'orifice de son bout postérieur. Les ouvertures des deux extrémités du conduit parotidien sectionné étaient séparées au niveau de la fistule par un intervalle de deux centimètres, et les tissus avaient été détruits dans une grande étendue. Le procédé de Bérard comprend deux temps bien distincts :

1. Introduction de la canule par la voie buccale pour assurer la communication des deux parties du canal sectionné;

2. Recouvrir par un lambeau taillé au voisinage de la plaie et au bout de quelques jours seulement, la partie privée de téguments.

Les difficultés éprouvées pour l'intromission de la canule sont un obstacle à l'utilisation de cette ingé-

nieuse méthode de traitement. L'autoplastie ne trouve d'ailleurs sa raison d'être que dans les cas rares où les dimensions de la plaie extérieure s'opposent à la suture facile de ses bords.

e) *Compression.* — L'écoulement salivaire qui se produit entre les bords de la fistule, n'en permettant que difficilement la cicatrisation, des chirurgiens ont pensé que la compression serait suffisante pour en arrêter l'issue. Elle fut exercée soit sur la fistule elle-même, soit sur la partie du canal comprise entre la glande et la fistule, soit enfin sur les deux endroits simultanément. Nous laissons de côté à dessein la compression de la parotide, méthode d'atrophie glandulaire, que nous étudions dans le chapitre suivant.

La compression au niveau de la fistule n'a pas donné de résultats bien encourageants. Louis en ayant tenté l'emploi, il se produisit rapidement un gonflement tel qu'il jugea prudent d'interrompre le traitement.

OBSERVATION VII (*Résumée*)

LOUIS (*Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie* 1762).

En présence d'un cas de fistule salivaire du canal de Sténon, Louis eut d'abord recours à la compression sur l'orifice de la fistule; il en résulta un gonflement de la Parotide qui ne fit qu'augmenter jusqu'au quatrième jour. Il cessa alors la compression et employa le procédé du séton. Dès que le séton fut placé, la salive coula en moins grande abondance. Les jours suivants, Louis toucha les bords de la fistule avec la pierre infernale et vers le onzième jour, après avoir diminué le séton de deux fils, il le supprima

A l'aide de cautérisations, la fistule finit de se cicatriser et la guérison fut obtenue.

Maisonneuve (cas rapporté par Louis) comprima le canal en arrière de la fistule. Le gonflement glandulaire qui en fut la conséquence occupait toute la face et s'étendait jusqu'au thorax; il disparut sous l'influence de topiques émollients et après 20 jours la guérison fut obtenue. Maisonneuve avait imaginé pour exercer cette compression une pince à ressort, dont les branches se terminaient par deux plaques d'inégale grandeur. La plus large était destinée à s'appliquer à l'extérieur sur la région massétérine et la plus étroite sur la face interne de la joue.

OBSERVATION VIII (*Résumée*)

MAISONNEUVE, cas rapporté par LOUIS (*Mémoire de l'Académie Royale de Chirurgie* 1762).

Un cavalier recut à la joue un coup de sabre qui fit une plaie considérable avec déperdition de substance. En pressant sur la parotide, Maisonneuve vit sortir de la salive par un petit trou situé au milieu de la joue; il songea alors à faire de la compression, non pas sur l'ouverture fistuleuse qui donnait passage à la salive, mais sur la partie saine du canal, entre l'ouverture fistuleuse et la glande. Ce procédé eut l'inconvénient de déterminer un gonflement considérable de la glande, gonflement qui céda à l'application de topiques émollients. La compression fut continuée pendant 20 jours et la fistule se ferma.

Duphénix ayant pratiqué la compression du canal de Sténon vit suinter la salive pendant la mastication

au travers des teguments de la région parotidienne; il la cessa, craignant la production de phénomènes inflammatoires.

Une forte compression, outre qu'elle est difficile, nous paraît inefficace; de plus, elle est douloureuse. La distension glandulaire qu'elle occasionne par rétention de la salive n'est pas quantité négligeable. Légère, nous pensons, par contre, qu'elle peut être, sinon un auxiliaire indispensable à la cautérisation ou à la suture, du moins utile et absolument inoffensive. Seule, il ne nous semble pas qu'elle soit susceptible de donner les résultats qu'en attendaient les chirurgiens qui en préconisèrent l'usage.

Les méthodes thérapeutiques de l'orifice fistuleux ont des indications précises et l'on ne saurait y avoir indifféremment recours dans tous les cas de fistules du canal de Sténon. Leur simplicité et le peu de dégâts qu'elles produisent au niveau des tissus, l'auto-plastie exceptée, ce qui permet faute de succès d'utiliser des procédés opératoires plus compliqués, sont des avantages incontestables. Souvent elles peuvent seules amener la guérison et elles s'associent fort avantageusement à la dérivation salivaire. A moins de contre-indications absolues, dont la plus importante est l'oblitération du conduit salivaire antérieur, on ne saurait oublier qu'elles ont donné d'excellents résultats et nous ne pensons pas qu'il faille les délaisser.

DE L'ATROPHIE DE LA GLANDE PAROTIDE

L'affaiblissement peu marqué que détermine, après de longues années seulement, l'existence d'une fistule totale et unilatérale du canal de Sténon, a depuis longtemps frappé l'esprit des chirurgiens. Aussi, guérir la fistule en tarissant complètement la sécrétion salivaire du côté correspondant, tel est le problème alléchant que plusieurs praticiens ont cherché à résoudre.

Compression. Desault comprima la parotide dans le but de l'atrophier. Cette manière de procéder n'a pas suscité grand enthousiasme : « Je ne croirais, dit Boyer à l'atrophie de la glande qu'autant qu'elle serait constatée par l'ouverture du cadavre. » Que la compression puisse détruire les fonctions de la glande « c'est une illusion qu'il n'est plus nécessaire de discuter. » (D^r Morestin). Cette compression est inefficace en tout cas, le bord postérieur du maxillaire inférieur, l'apophyse mastoïde et le muscle sterno-pleïdo-mastoïdien formant un plan solide qui ne permet d'atteindre qu'imparfaitement la glande par sa face externe.

Pratiquée à la manière de Maisonneuve sur le canal, elle détermine une distension parotidienne intense; appliquée simultanément sur l'orifice fistuleux et la glande suivant la méthode de Richter, elle ne donne pas de meilleurs résultats.

Compression de la carotide. Si cette compression n'a pas été mise en pratique, elle a du moins été proposée. A l'encontre de ses multiples inconvénients, elle ne saurait, d'après le docteur Chrétien, amener la rétraction glandulaire, car s'il en était autrement, son principe serait tout indiqué contre les tumeurs.

Ablation de la glande. Ce procédé est resté dans le domaine de la chirurgie vétérinaire où il n'est que fort rarement utilisé. Le Blanc a pu extirper plusieurs fois la parotide chez le cheval sans aucun accident consécutif (*Dictionnaire général de médecine et de chirurgie vétérinaires*). Nous ne croyons pas que cette opération délicate ait été conseillée chez l'homme.

Ligature du canal de Sténon. Dès la fin du dix-huitième siècle, Viborg, vétérinaire danois professeur à Copenhague, s'appuyant sur de nombreuses expériences faites sur les animaux vivants sans la moindre complication, essaya de justifier l'application chez l'homme, de la ligature du canal de Sténon, en arrière de l'orifice fistuleux. Un de ses compatriotes, Gal-lisen, admit cette manière de procéder, mais seulement après échec de toutes les autres méthodes de traitement.

D'après Sprengel, le chirurgien viennois, Zang, estimait son emploi absolument rationnel. En France, Velpeau en fut partisan, et l'observation de Borel (*Gazette des Hôpitaux* 1859) vient à l'appui de son opinion; non pas que dans le cas particulier, elle ait été volontairement pratiquée, mais elle résulta de la

guérison de la fistule. Le gonflement parotidien qui apparut par la suite fut très prononcé mais cependant il disparut.

OBSERVATION IX

BOREL. (*Gazette des Hôpitaux* 1859).

Abraham P., journalier, âgé de 37 ans, dans une querelle avec ses camarades, reçut, à bout portant, un coup de pistolet chargé avec de la grenaille de plomb qui lui transperça la joue droite de part en part. L'ouverture de la plaie admettait facilement le bout du doigt indicateur; elle était à peu près à égale distance de la commissure droite des lèvres et du bord externe de la branche montante de l'os de la mâchoire inférieure. La branche horizontale de cet os était fracturé en esquilles. On fit l'extraction d'un bord alvéolaire de cet os et des 2^e et 3^e molaires supérieures de ce côté. Dans ce premier moment on ne trouva pas de projectile. On arrêta l'hémorragie, on réduisit la fracture de la mâchoire inférieure qu'on maintint par un appareil. Défense fut faite de parler, de plus il fut mis à l'usage des antiphlogistiques.

Les trois premiers jours, la parotide fut prise d'un gonflement considérable à l'angle droit de la mâchoire inférieure. Le quatrième jour, la plaie commença à suppurer. Les jours suivants, les escharres situées au pourtour de la plaie se détachèrent et tombèrent. Au dixième jour la cicatrisation de la plaie était avancée, deux esquilles assez volumineuses se détachèrent de la mâchoire inférieure. A partir de ce jour il commença à s'échapper, d'une petite ouverture, au centre de la fistule, un liquide présentant tous les caractères de la salive et paraissant provenir du canal de Sténon qui, selon toute vraisemblance, avait été divisé dans la

blessure faite à la joue, laquelle blessure correspondait exactement à l'endroit où ce canal est prêt à percer le muscle buccinateur pour pénétrer dans la bouche après avoir dépassé le bout antérieur du masséter. L'écoulement avait surtout lieu quand le blessé parlait ou mangeait ou qu'on lui comprimait la parotide. Au quatorzième jour, l'écoulement de la salive était considérable, on cautérisa les bords du pertuis avec la pierre infernale et on exerça dans cet endroit une légère compression. Malgré ces moyens employés, l'écoulement salivaire resta abondant jusqu'au vingtième jour.

A partir du vingt et unième jour le liquide diminua en quantité et ne s'écoula plus que lorsque le blessé mangeait ou parlait. Mais la glande fut prise d'un gonflement pâteux, indolent, sans changement de coloration de la peau et qui augmenta progressivement.

Au trentième jour, on extrait une esquille volumineuse qui se détache de la mâchoire inférieure. Issue de plusieurs grains de grenaille de plomb. A cette époque l'écoulement salivaire avait beaucoup diminué, n'avait lieu qu'à de rares intervalles et seulement pendant le milieu du repas de la journée.

La plaie de la joue était solidement cicatrisée, à part le pertuis d'où s'échappait encore la salive. Par contre, la parotide avait beaucoup augmenté, mais le gonflement était toujours indolent, pâteux et sans changement de couleur à la peau.

Le trente-troisième jour, gonflement le long de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, avec douleur et tension de la peau. Au moment du pansement de la fracture, il s'échappa de la bouche quatre grains de plomb; dans la journée le blessé cracha des matières purulentes et plusieurs grains de la même grenaille de plomb.

Le trente-sixième jour, gonflement considérable de la parotide avec œdème de la paupière inférieure de l'œil droit. Depuis 48 heures, il n'était pas sorti une goutte de salive par le pertuis fistuleux qui paraissait complètement cicatrisé. Le gonflement était toujours pâteux, sans changement de couleur et presque indolent. Craignant que cette tuméfaction de la parotide pût avoir des effets fâcheux, je plongeai la pointe du bistouri à l'endroit où la petite ouverture avait existé pour provoquer l'issue de la salive au dessous et à la suite de cette piqûre, il ne sortit dans la journée qu'une très petite quantité de cette humeur.

Le lendemain, trente-septième jour de la blessure, plus d'écoulement; les jours suivants, quelques gouttes seulement pendant l'acte de la mastication.

Du trente-septième au quarante-deuxième jour, abcès le long de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, du côté de la fracture. Incision et évacuation d'un pus épais.

Le lendemain, au moment du pansement, par l'ouverture de l'abcès, issue d'un grain de plomb lequel fut suivi de plusieurs autres dans la journée.

Les jours qui suivirent amenèrent une réduction progressive du volume de la parotide. Depuis le quarante-septième jour, l'écoulement salivaire n'a pas reparu. La formation d'un abcès à côté de celui qui avait été ouvert, suivie de l'issue d'une petite esquille, est venue retarder la guérison complète du blessé qui est sorti de l'hôpital le 28 novembre, 80 jours après sa blessure. Au moment de sa sortie, le gonflement de la parotide n'était pas entièrement dissipé, il y avait encore à sa partie inférieure près de l'angle de la mâchoire inférieure, un peu de tuméfaction pâteuse et indolente, dont chaque jour amenait la diminution.

On trouve dans la thèse du docteur Pelschinsky, (*Thèse de Saint-Petersbourg* 1876) différentes expériences faites sur des chiens et des chevaux et fort concluantes. Dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre, le docteur Chrétien écrivait qu'il n'était pas démontré que cette ligature du canal puisse suffire à produire l'atrophie parotidienne; le docteur M. A. Pelschinsky l'aurait cependant, dans un cas, obtenue chez l'homme, et il la considère comme pouvant être autorisée toutes les fois qu'on éprouve des difficultés pour créer un orifice intra-buccal de dérivation salivaire; dans le cas même où la ligature sectionnerait le canal, l'écoulement salivaire ne tarderait pas à disparaître.

Ce procédé de la ligature du canal, dont Borel admet l'utilité, n'a pas à son actif un assez grand nombre d'observations, pour nous permettre à son sujet, d'exprimer une opinion; il n'en reste pas moins vrai qu'il est tentant et que les travaux de Viborg et de M. Pelschinsky méritent considération.

Oblitération du canal par un corps étranger. Une observation de Julliard de Genève (*Annales médicales de la Suisse Romande* 1883) a montré que l'atrophie parotidienne pouvait survenir sous l'influence de l'introduction d'un corps étranger dans la lumière du canal, une tige de laminaire en la circonstance. Duphénix a renoncé à cette méthode à cause des accidents inflammatoires qu'elle détermine. Nous rappellerons que les corps étrangers peuvent être l'occasion de fistules du canal.

Injectons atrophiantes. Cette pratique dite des injections irritantes, est née de la physiologie expérimentale. Claude Bernard, en faisant pénétrer de l'huile d'olive dans le conduit pancréatique, avait vu cet organe s'indurer rapidement et s'atrophier. La médecine vétérinaire fit usage de ces constatations : Lafosse (*Revue médicale de Toulouse* 1872) poussa des injections d'huile dans le conduit salivaire du cheval sans phénomènes inflammatoires bien marqués, mais aussi avec des résultats variables. Employant de la teinture d'iode, une fois pure, 2 fois étendue de 3 volumes d'eau, il se développa, au bout de 3 ou 4 heures seulement, une tuméfaction parotidienne douloureuse avec suppression de la sécrétion glandulaire; cette tuméfaction persista sans changement appréciable pendant 5 ou 6 jours, puis disparut après 15 jours; la région parotidienne présentait après un intervalle de six semaines, une dépression marquée et le volume de la glande était moitié moindre qu'à l'état normal. Un vétérinaire militaire, M. Delamotte, obtint chez le cheval une guérison en 24 jours. Même succès en 1884 pour M. Labat, dans un cas de fistule parotidienne chez un cheval après 5 ou 6 injections iodées.

M. le docteur Mollière de Lyon, en 1884, mit en pratique chez l'homme les expériences de Claude Bernard, dans le traitement des fistules glandulaires et de celles des canaux accessoires de la parotide. Chez les deux malades dont les observations ont été publiées dans la thèse de Tussan (Lyon 1885), il s'agis-

sait de fistules glandulaires. Après dilatation de l'orifice cutané à l'aide d'une tige de laminaire, M. Mollière fit pénétrer dans un cas la totalité d'une seringue de Pravaz d'huile phéniquée, mais en deux fois et par demi-seringue à 3 jours d'intervalle; deux jours après la dernière injection, l'écoulement extérieur avait cessé. Dans le second cas, le traitement fut interrompu après injection d'une seringue et demie de Pravaz; une scarlatine s'était déclarée; quelques gouttes d'huile phéniquée suffirent après guérison de la fièvre éruptive à tarir le flux salivaire.

OBSERVATION X (*Résumée*)

Dr MOLLIÈRE. (TUSSAN. *Thèse de Lyon* 1885).

Fistule salivaire traumatique. — Guérison par les injections d'huile phéniquée. — Claude M..., voiturier 32 ans est tombé le 26 septembre sous la roue d'un camion qu'il conduisait et fut blessé au côté gauche de la face; les plaies pansées guérissent au bout de 4 à 5 jours, mais le 15 octobre, au niveau d'une plaie située à l'angle de la mâchoire et cicatrisée, on s'aperçoit qu'il existe un petit orifice d'où s'écoule de la salive. Le cathétérisme du canal de Sténon permet de constater qu'il ne communique pas avec l'orifice fistuleux; il s'agit donc d'une fistule glandulaire.

25 oct. on dilate l'orifice avec une tige de laminaire.

3 nov. injection d'une demi-seringue de Pravaz d'huile phéniquée. Pansement.

4 nov. Le pansement est tombé, on le remplace.

5 nov. Le pansement est enlevé, le soir au moment du repas aucun écoulement ne se produit.

7 nov. Un peu au-dessus et en avant de l'orifice fistuleux, on s'aperçoit de la formation d'un petit cul-de-sac d'où la pression fait sourdre par l'orifice une grosse goutte de salive. Nouvelle injection d'huile phéniquée: demi-seringue. Pansement. Le 9, ce pansement est levé, pas d'écoulement. Le malade sort de l'Hôpital craignant de nouvelles manipulations.

OBSERVATION XI (*Résumée*)

Dr MOLLIÈRE. (TUSSAN, *thèse de Lyon* 1885).

Marie J..., 17 ans, à la suite d'une rougeole à l'âge de 6 ans, vit se développer, entre le lobule de l'oreille et l'angle de la mâchoire, un abcès qui fut incisé. Il en résulta au bout de quelques jours une fistule salivaire. Jusqu'à 16 ans, cet état persista et ce n'est qu'en 1883 qu'elle vint à l'Hôpital où le suppléant de M. Mollière tenta la résolution par une opération autoplastique, mais sans succès; la malade sort non guérie et revient le 26 avril 1884 présentant à un demi-centimètre en arrière du bord postérieur du masséter un petit orifice donnant issue à de la salive. Un crin de cheval introduit par cet orifice vint ressortir dans la cavité buccale par le canal de Sténon; ce canal fut débridé dans son trajet sous-muqueux depuis son orifice jusqu'au bord postérieur du masséter ce qui permit son cathétérisme à l'aide d'une sonde de Bowmann; ce cathétérisme fut continué pendant deux mois, chaque jour, et l'orifice fistuleux devint très étroit et se tarit presque complètement; mais on s'aperçoit alors que l'orifice fistuleux ne communique plus avec le canal. La salive avait repris son cours par l'orifice buccal du canal et cependant quelques gouttes sortaient à l'extérieur pendant la mastication. La fistule du canal avait fait place à une fistule de la

glande. M. Mollière tente alors l'atrophie du lobule par l'injection graisseuse.

28 août. Une laminaire est placée dans le but de préparer la route à l'injection d'huile.

2 sept. Introduction d'une fine canule courbe en argent par la voie de la laminaire et injection d'un demi-centimètre d'huile phéniquée qu'on renouvelle le 6, date à laquelle on injecte une seringue de Pravaz.

8 sept. Léger gonflement de la région, apparition d'une eschare le 9, autour de l'orifice, pas d'écoulement.

15 sept. Température rectale 40°1, exanthème généralisé, scarlatine jusqu'au 15 octobre.

18 oct. L'écoulement dont on ne s'était pas occupé pendant la scarlatine à disparu.

20 oct. L'écoulement reparaît peu abondant pendant la mastication seulement.

24 oct. Introduction d'une tige de laminaire par l'orifice fistuleux qu'on retire le 26 et on injecte quelques gouttes d'huile d'olive. Pansement protecteur.

3 nov. L'écoulement a cessé, la guérison persiste et la malade sort le 12 mai.

Chez un troisième malade (Lyon médical 1887), la fistule était canaliculaire; le même traitement fut appliqué mais nécessita plusieurs interventions.

OBSERVATION XII

MOLLIÈRE. (*Lyon Médical* 1887).

Fistule salivaire consécutive à l'ouverture d'un abcès. Guérison par les injections d'huile phéniquée.

Antoinette V..., 59 ans, portait depuis 10 ans une tumeur au bord postérieur du masseter. Le 27 août 1886, elle s'adresse à un

charlatan qui ouvre le kyste au bistouri et qui injecte je ne sais quelle substance caustique. A la suite de cette manœuvre, érysipèle, eschare, mortification de la joue. La malade retourne chez elle avec une plaie large et anfractueuse. Cette plaie resta fistuleuse indéfiniment. Elle consulta alors un médecin qui, se trouvant en présence d'une fistule salivaire, l'engagea à aller se faire soigner à l'Hôtel-Dieu où elle entre le 2 juillet.

Nous nous trouvons en présence d'une large ulcération percée en son milieu d'un orifice très exigu, au travers duquel s'écoule la salive abondante surtout pendant la mastication. Les premiers jours, antisepsie de la plaie et cautérisation au nitrate d'argent de la surface bourgeonnante. La cicatrisation se fit rapidement et il ne resta plus qu'une simple fistule. Au mois d'août le Docteur Augagneur, qui nous suppléait, fit la dilatation de l'orifice fistuleux. Au commencement de septembre, débridement et dilatation du canal de Sténon. A la suite de cette manœuvre l'écoulement par la fistule est moindre. De nouvelles manœuvres de cathétérisme par la fistule et le canal démontrent qu'on est en présence d'une fistule canaliculaire.

Fin septembre, je commence des injections d'huile aseptique, un quart de seringue de Pravaz. Ces injections sont renouvelées 6 fois en 6 semaines. On voit diminuer graduellement la sécrétion salivaire.

A partir du 20 novembre, la fistule oblitérée par une petite croûte ne s'ouvre que tous les 3 jours. Quand la malade fut présentée à la société des Sciences médicales, le 3 décembre 1886, la fistule était complètement tarie depuis 15 jours et la guérison confirmée.

M. le docteur Mollière ne préconise pas les injections irritantes comme thérapeutique des fistules du

canal de Stenon, dans lesquelles à son avis, le débriement du canal et sa dilatation sont suffisants, mais seulement comme traitement des fistules parotidiennes ou canaliculaires; elles agissent alors par atrophie du lobule correspondant. Un de ses élèves, le docteur Tussan (*Thèse de Lyon* 1885) fait remarquer qu'on se trouvera bien d'injections souvent répétées et de petit volume, qui éviteront le gonflement et l'escarre.

Par l'emploi de l'essence de térébenthine pure ou mélangée à l'huile d'olive, M. Settimio Cocchini a eu des effets atrophians rapides; l'addition d'un peu de morphine au liquide de l'injection permet d'en atténuer considérablement les phénomènes douloureux.

Des procédés d'atrophie de la parotide, la compression de la carotide doit être rejetée; celui de Desault est douloureux et d'une efficacité douteuse; pour les autres, le peu d'observations publiées n'en autorise pas l'appréciation à leur juste valeur; quant aux injections atrophiantes, M. Mollière a eu le mérite de démontrer leur innocuité dans les cas où il en a lui-même limité l'application.

DE LA DERIVATION SALIVAIRE

En présence des résultats inconstants des traitements de l'orifice fistuleux, et forts de connaissances anatomiques précises, les chirurgiens ont relégué au second plan la fistule elle-même, se réservant d'en faciliter ultérieurement la cicatrisation, et ont cherché à détourner le cours de l'écoulement qui se produit à son niveau. Les uns, partisans de la dérivation naturelle, essayent par la dilatation du bout antérieur du conduit de Sténon ou par l'abouchement de son bout postérieur, à la cavité buccale, d'assurer l'issue régulière de la salive; les autres, et ce sont les plus nombreux, lui créent de toutes pièces une nouvelle voie en communication avec le bout parotidien du canal de Sténon et leurs procédés peuvent être classés en deux grandes catégories suivant qu'ils nécessitent une ponction simple ou une ponction double au travers des tissus de la joue.

Dans le procédé de Langenbek la perforation de la joue n'étant pratiquée que pour y introduire le bout disséqué du canal parotidien, la salive n'utilise pas en réalité un conduit de formation nouvelle; aussi nous avons pensé que son étude trouverait mieux sa place dans la description des méthodes de dérivation salivaire naturelle que dans celle des méthodes de dérivation artificielle.

A. -- Dérivation salivaire naturelle

1. — MÉTHODE DE LA DILATATION DU CONDUIT SALIVAIRE. — Cette dilatation a pour but d'assurer la perméabilité de la partie du canal comprise entre la fistule et le vestibule de la bouche. Les premiers, Louis et Morand, l'ont préconisée et utilisée pour rétablir « la voie naturelle de la liqueur » (Louis).

a) *Procédé du Séton.* — 1° Louis passa un stylet très fin de l'orifice buccal vers l'orifice fistuleux du canal de Sténon; ce stylet entraînait un fil que Louis laissa en place; le lendemain il le remplaça par un séton formé lui-même de plusieurs brins de fil; ce séton fut fixé au premier fil qui servit à l'attirer; chaque jour à l'extrémité du séton il en attachait un autre de plus grand diamètre qui venait lui succéder dans la lumière du canal. Quand la fistule fut en bonne voie de cicatrisation et le bout antérieur du conduit suffisamment dilaté, il coupa le bout externe du séton au ras de la joue et retira ce qui en restait, de quelques millimètres vers la cavité buccale, afin de permettre à la fistule de se fermer complètement.

2° Quand Louis apporta sa technique opératoire, Morand prétendit la connaître depuis longtemps. « Comme les inventions, dit Boyer, appartiennent plus à ceux qui les montrent qu'à ceux qui les trouvent, celle-ci appartient à Louis ». Morand réussit en employant un procédé qui diffère de celui de Louis en ce qu'il n'augmente pas le volume du séton.

L'emploi du séton ne fut jamais très en vogue et nous empruntons à M. le docteur Morestin ce passage

où Louis, adversaire de la dérivation salivaire artificielle, constate lui-même le peu de succès de sa méthode: « L'amour de l'art montre avec regret que des moyens utiles ne soient pas accueillis dans les ouvrages postérieurs et qu'on leur préfère des opérations inefficaces, prescrites avec raison. Feu M. Le Dran, dans un traité de Consultations publié en 1770, préconise encore la perforation artificielle dans l'intention de convertir la fistule externe de la joue en fistule interne; il ne fait aucune mention du rétablissement du conduit naturel, beaucoup plus simple et dont le succès lui était connu ».

Henry Morris introduisait par la bouche une fine bougie de catgut qu'il poussait jusque dans le bout postérieur du canal de Sténon. Avec la canule, Bérard fut plus heureux.

OBSERVATION XIII (*Résumée*)

MORRIS. *Thèse de Paris, Paris 1863*).

Il s'agit d'un homme blessé accidentellement au côté droit de la joue. Le 28 juin, la salive coulait par le bord inférieur de la plaie qui était presque complètement cicatrisé.

Une fine bougie de catgut fut introduite par l'ouverture du conduit et poussée vers la parotide jusqu'à ce qu'elle apparût à l'entrée de la fistule; la plaie récemment guérie fut ouverte et le bout voisin du conduit blessé fut recherché et trouvé en pressant la parotide et en forçant ainsi un peu de salive à s'écouler au dehors. La bougie y fut introduite et poussée environ d'un demi pouce.

Les bords de la plaie furent réunis avec trois épingles et suturés; la bougie coupée de longueur à peine suffisante pour être

maintenue entre les 2 molaires fut laissée dans la bouche. Le malade s'aperçut alors d'un changement notable dans l'état du côté droit de la bouche qui avait repris tous ses rapports; il sentait la salive s'écouler de ce côté.

Le 4 juillet, la bougie fut chassée accidentellement; la plaie de la joue était guérie depuis 4 jours, sauf un petit point qui permettait à la salive de couler au dehors.

Le 9, un peu de salive s'échappe encore; du coton cardé et du collodion furent appliqués sur la plaie jusqu'au 15 juillet; depuis la cicatrisation fut complète et la salive s'écoula librement dans la bouche.

Le séton, par sa présence, est un obstacle au déversement salivaire et c'est pour obvier à cet inconvénient que Bérard le remplaça par la canule.

b) *Procédé de la Canule.* — Par la bouche, Bérard fit pénétrer dans le conduit salivaire une canule en argent, dont il poussa l'extrémité externe jusque dans le bout postérieur, au-delà donc de la fistule. Un renflement de la canule à son extrémité buccale fut engagé dans la portion voisine du canal afin de la maintenir en place. Il ne la retira qu'après avoir laissé au canal le temps de se reformer autour de ce corps étranger. Il compléta l'opération par la taille d'un lambeau autoplastique qu'il appliqua sur l'orifice fistuleux.

Thornley Stoke se servit d'un tube en étain et ne l'enleva qu'au bout de trois semaines.

M. le docteur Vignard a présenté à la Société de chirurgie de Lyon, en sa séance du premier février 1906, un enfant chez lequel la dilatation du canal de Sténon assura la guérison. M. Vignard cathétérisa à

plusieurs reprises le bout antérieur du conduit, à l'aide de sondes de Bowmann, de diamètre croissant; sous anesthésie, il fit pénétrer alors par l'orifice buccal un tube en argent dont la partie percillée vint sortir par la fistule; il passa ensuite dans les trous du tube, un fil métallique dont il conduisit avec une aiguille les 2 chefs dans l'épaisseur de la joue, dans la direction présumée du canal de Sténon, et sutura la plaie extérieure. Le tube, dont on pratiquait soigneusement chaque jour le cathétérisme, ne fut retiré qu'après un mois. Ce drain enfoncé profondément, aurait effondré les lobules les plus antérieurs de la parotide et donné naissance à un canal artificiel.

OBSERVATION XIV (*Résumée*)

VIGNARD. (*Lyon Médical* 1906).

Un enfant entre le 25 juillet 1905 dans le service du docteur Vignard, présentant au milieu de la joue droite une tuméfaction rouge, encore fluctuante avec au sommet un petit pertuis par où s'écoula d'abord du pus puis un liquide séreux que l'analyse démontra être de la salive. L'enfant raconte que le même liquide s'écoule sur sa joue depuis deux mois, depuis l'ouverture d'un abcès pratiquée par son médecin.

M. Vignard laisse tomber tous les phénomènes inflammatoires, agrandit l'orifice et met des pansements humides; il cathétérise à plusieurs reprises le bout périphérique du canal et sur le calibre de la plus grosse sonde qui a été introduite, il fait fabriquer un tube en argent percé de trous dans la moitié de son étendue.

Intervention: « Sous anesthésie, l'orifice fistuleux de la joue fut encore agrandi, la poche soigneusement curetée; puis j'intro-

duisis le tube sur la sonde par l'orifice buccal du canal de Sténon légèrement débridé, et de telle façon que la partie du tube non percée de trous occupât le bout périphérique intrajugal du canal. Au contraire, la partie du tube percillée comme un drain vint sortir par la fistule. Je passai alors par un de ces trous un fil métallique fin dont je conduisis avec une aiguille les 2 chefs dans l'épaisseur de la joue, en arrière de la fistule, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du trajet du bout central du canal. Ils entraînèrent avec eux le tube qui fut poussé dans les parties molles sous la peau et le tissu cellulaire dans la direction présumée du bout postérieur du canal. Lorsque le tube eut été poussé aussi loin que possible, les 2 chefs du fil furent ramenés à l'extérieur en traversant les parties molles de dedans en dehors et noués sur un tampon. Ils maintenaient donc en place le fil métallique qui traversait comme un aqueduc la poche de l'abcès et continuait sa route en arrière d'elle sur une étendue de 2 centimètres environ vers la glande parotide; trois points de suture fermèrent la poche et la fistule. »

Le tube est laissé en place un mois et chaque jour il est cathétérisé avec soin.

Régulièrement une goutte d'un pus très fétide s'écoule. Au bout de 10 jours le premier pansement est enlevé et on s'aperçoit qu'un point de suture a lâché. Cautérisation de ce pertuis, les jours suivants, au moyen de nitrate, d'ailleurs sans grand succès. Cependant, à la longue, il se rétrécit. Vers le 20 septembre, le tube est enlevé car il commence à s'oxyder. Dans les 8 jours qui suivent, un abcès évolue dans la région parotidienne et on l'ouvre. Puis, d'abord deux fois par jour, et ensuite une fois on fait régulièrement un cathétérisme du canal par la bouche avec des sondes de Bowmann de numéro progressivement croissant; on va jusqu'au numéro 6, la sonde étant poussée jus-

qu'en arrière de la fistule du côté de la parotide. Sous cette influence, l'abcès disparaît, la salive reprend son cours normal et la cicatrisation du côté de la joue se fait complète.

c) *Procédé des injections dans le canal.* — Richter estime que les injections liquides sont susceptibles de lutter avantageusement contre le rétrécissement du bout antérieur du canal de Sténon, qu'elles franchissent plus facilement que les corps solides.

Si par analogie avec ce qui se fait pour l'urèthre, il semble qu'on aurait dû poursuivre par les voies naturelles le rétablissement du canal grâce à la dilatation de son bout buccal, les difficultés du manuel opératoire et de la contention des tiges dilatrices sont telles que cette méthode n'est pas très souvent employée. — Le docteur Mollière en obtint quelques succès, mais après débridement du canal dans son trajet intra-buccal.

Les procédés de Bérard et du docteur Vignard ont sur le séton la supériorité, non seulement de ne pas s'opposer à l'évacuation salivaire, mais encore de la faciliter en allant puiser à ses sources mêmes le liquide parotidien. Ils peuvent trouver leur application aussi bien dans les fistules anciennes que dans les fistules récentes, lorsque l'extrémité buccale du canal est peu rétrécie et par suite d'un cathétérisme relativement facile.

II. — MÉTHODE D'ISOLEMENT DU CANAL OU DE LA TRANSPLANTATION. — C'est la méthode préconisée en Allemagne par Langenbeck en 1831.

1) Langenbeck fit aux téguments, suivant la direc-

tion connue du canal de Sténon, une incision partant de la fistule et parallèle au bout postérieur du conduit; il rechercha ce dernier et l'isola par une dissection minutieuse; après avoir perforé la joue de la fistule vers la bouche, il replia le conduit mobilisé et introduisit son extrémité libre par le nouvel orifice créé. Après quoi, il ferma la plaie extérieure par une suture entortillée.

2) Ribéri modifia le procédé de Langenbeck et proposa successivement deux manuels opératoires que Malgaigne décrit de la manière suivante: « La joue saisie et tendue entre l'indicateur introduit dans la bouche et le pouce appliqué au dehors, on fait en arrière de la fistule une incision verticale, parallèle au bord antérieur du masséter, et l'on divise les tissus à petits coups, de manière à mettre à nu le conduit de Sténon. On l'isole, on y applique une ligature comme sur une artère et on coupe en travers, en arrière de la ligature, puis d'un coup de bistouri on achève de perforer la joue; on fait passer le fil de la ligature dans la bouche, en lui laissant une longueur de 3 cent. et l'on réunit la plaie extérieure par la suture. Le fil laissé dans la bouche sert de conducteur à la salive provenant du bout postérieur du conduit et favorise la formation de la fistule interne. Il tombe du 16^e au 25^e jour et au besoin on peut hâter sa chute par de légères tractions ». Ribéri simplifia cette première technique: « le chirurgien d'un seul coup de bistouri perce la joue à l'endroit indiqué en divisant le conduit avec les autres tissus. Le doigt indicateur porté dans la bouche relève de dedans en dehors le bord de la

petite plaie; on voit saillir le bout postérieur du conduit qu'on saisit et qu'on lie ».

3° Une deuxième modification fut apportée à la méthode de Langenbeck par Delore, en 1869. Après introduction par la fistule, d'une sonde cannelée dans le bout postérieur du canal de Sténon, il fit aux téguments une incision en forme de V, de façon à laisser adhérer l'orifice cutané à l'extrémité antérieure du bout parotidien du canal. Il isola dans une étendue de 15 m/m ce bout postérieur et remplaça alors la sonde cannelée par une sonde en gomme élastique qui fut assujettie à l'orifice cutané par un fil métallique. Il pratiqua directement au bistouri la perforation de la joue, et par cette ouverture il fit pénétrer dans la cavité buccale la partie libre de la sonde, entraînant avec elle l'orifice cutané de la fistule. La sonde, destinée à l'écoulement de la salive, fut sectionnée de façon à faire saillie de 2 cent. dans la bouche et les lèvres de la plaie externe furent réunies par une suture métallique.

OBSERVATION XV (*Résumée*)

M. DELORE de Lyon

*Fistule traumatique du canal de Sténon. — Dissection et
Renversement du canal en dedans. — Guérison.*

Cho... Claude, 8 ans, entre le 18 août 1868, à l'Hôpital de la Charité de Lyon; il y a un an, il a été frappé par un bœuf, dont la corne, pénétrant par la bouche, lui a traversé la joue droite. Aussitôt l'accident, une suture entortillée fut pratiquée; la plaie s'est cicatrisée, mais en laissant subsister une petite fistule salivaire.

En septembre, M. Laroyenne tente une suture qui échoue. La compression sur l'orifice au moyen de couches de collodion reste également sans effet.

Fin novembre, la joue présente en avant du bord externe du masséter, au milieu d'une cicatrice, un petit pertuis qui donne issue à un liquide transparent, surtout abondant au moment des repas. M. Delore essaya de rétablir un conduit salivaire par le procédé de Deguise, mais sans succès. Si le 8 décembre, en effet, l'écoulement salivaire paraît diminuer, le 10, un petit abcès s'est formé au niveau de la fistule, et dès lors la moindre pression exercée au-dessus de l'angle de la mâchoire suffit à rétablir l'écoulement.

Le 8 mars 1869, M. Delore a recours à une opération nouvelle qui consiste à disséquer le bout postérieur du canal de Sténon et à en faire le renversement dans la cavité buccale. La plaie extérieure est réunie par une suture métallique. Trois jours après l'opération, un gonflement parotidien apparaît, qui se résout sans suppuration. La plaie s'est réunie par première intention. 8 jours après l'opération, le malade ayant mangé du pain, la sonde qui avait été placée dans le canal disparaît, et on croit que le malade l'a avalée. Mais une tumeur phlegmoneuse se développe entre la commissure labiale et la suture que l'on croit occasionnée par le sétou placé dans l'avant-dernière opération et ce sétou est aussitôt enlevé. L'abcès continue, il est ouvert, et on aperçoit à l'intérieur la sonde dont l'extrémité libre avait pénétré dans la joue pendant la mastication; on l'extrait; l'ouverture de l'abcès se cicatrise rapidement. Fin mai, la cicatrice est complète. Depuis l'opération, il n'y a pas eu d'écoulement à la surface externe. On s'est assuré encore ces jours derniers que l'orifice fistuleux transporté dans la bouche est toujours perméable.

Avant Delore, en 1841, un chirurgien militaire, Bonnafond, avait eu recours à une pratique que l'on peut rapprocher de celle de Deguise ou de celle de Béchard, en y ajoutant toutefois la dissection du canal. Un fil, fixé au conduit salivaire, était assujéti dans l'incisure de l'extrémité d'une canule que Bonnafond introduisait au préalable, et s'opposait la rétraction du bout postérieur du canal.

3° M. le professeur Princeteau de Bordeaux a apporté en 1899, une modification heureuse au procédé d'isolement du canal. Après dissection de l'extrémité externe de la portion glandulaire du canal, il fend sa paroi d'un seul coup de ciseau à lames étroites, dans une étendue de 2 ou 3 m/m environ; il obtient ainsi un orifice élargi, avec deux petites ailes triangulaires. Alors, après perforation de la joue, le bout postérieur du canal est attiré vers la bouche et les ailes de son extrémité sont fixées à la muqueuse buccale (Obs. XVI).

OBSERVATION XVI (*Résumée*)

Dr PRINCETEAU (BAILLIE. *Thèse de Bordeaux* 1899).

Fistule du canal de Sténon d'origine dentaire. — Opération. — Guérison.

X... 37 ans, entre le 14 août 1896, à l'hôpital Saint-André, porteur d'une fistule salivaire gauche consécutive à un abcès d'origine dentaire. La fistule siège un peu au-dessus du milieu de la joue gauche à un centimètre en avant du bord antérieur du masséter. Le stylet enfoncé par la fistule conduit sur la face profonde de la muqueuse buccale qui ne présente aucun orifice à ce niveau.

Première intervention. M. Princeteau transperce la joue avec un trocart à hydrocèle introduit par la fistule et par la canule met un drain en caoutchouc; la canule retirée, l'extrémité externe du drain coupée au ras de la fistule est fixée par un crin de cheval au fond de la cupule que présente la plaie fistuleuse; l'extrémité interne est coupée à 5 mm. de la face interne de la joue. Succès le premier jour, et le lendemain la salive reparait aussi abondante, 2 jours après, nouvelle intervention.

Deuxième intervention. Introduction par l'orifice fistuleux d'un drain fenêtré dont l'extrémité externe est enfoncée dans un petit tunnel qui est creusé artificiellement dans l'extrémité postérieure de la plaie. Arivement et suture de la plaie cutanée. Succès complet 3 jours, puis la suture se disjoint et l'écoulement recommence.

Troisième intervention. Notre technique établie, après chloroformisation et nettoyage aseptique de la région, nous incisâmes les téguments de la joue suivant une ligne horizontale étendue du tragus à la commissure de la bouche, en prenant comme centre de l'incision le bord cutané saillant du masséter; incision de 5 cent.; le conduit est facilement découvert ainsi que son point lésé. Notre intention est de découper tout autour de l'insertion buccale de ce canal, une petite collerette de muqueuse qui nous aidera non seulement à faire le cathétérisme du canal et à rétablir sa perméabilité, mais encore à pratiquer la transplantation. Nous essayâmes vainement le cathétérisme du bout périphérique. Son calibre nous paraît beaucoup plus étroit dans le cas particulier que dans nos observations cadavériques.

Nous nous bornons donc, après avoir incisé le conduit le long de sa paroi externe à l'aide d'un petit coup de ciseaux fins à lame pointue, à former avec l'extrémité libre du canal de Sténon un

petit pavillon artificiel, d'aspect triangulaire, à base périphérique, tourné vers la cavité buccale et dans les 2 angles duquel nous fixons à l'aide d'une aiguille très fine deux fils de soie du numéro le plus fin que nous ayons trouvé, Notre néopavillon est amené sur la face interne de la joue par un orifice que nous créons à l'instant à l'aide du bistouri. Les 2 chefs du fil qui regardent la lumière du canal de Sténon sont amenés dans la bouche en même temps que le conduit; quant aux 2 autres, à l'aide d'une aiguille dont ils sont munis nous traversons les bords de la muqueuse qui limite le nouvel ostium que nous avons produit avec le bistouri.

Les 2 chefs ainsi passés dans la bouche sont noués de chaque côté et c'est ainsi que se trouve transplanté et assujéti notre conduit salivaire. Suture des plans superficiels de la joue avec du crin de cheval et une aiguille de Reverdin très fine. Au bout de huit jours guérison complète et non démentie un an plus tard. »

Après Delore, l'abouchement direct du conduit parotidien à la muqueuse tomba dans l'oubli pendant quelques années. En 1898. M. Schwartz l'a exécuté dans un cas d'extirpation d'une tumeur de la parotide accessoire (Bulletins de la Société de chirurgie 1898). Depuis l'observation de M. Princeteau (1899) il a été de nouveau employé par M. le docteur Bouglé en 1901 et en 1906 par le docteur Pœnaro-Caplesco.

OBSERVATION XVII

BOUGLÉ (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1901).

Fistule du canal de Sténon par l'abouchement direct à la muqueuse buccale.

Il s'agit d'un homme de 21 ans, Auguste C..., entré le 4 septembre 1900 à la Salpêtrière dans le service de M. Segond que j'avais l'honneur de remplacer. En dehors de l'affection toute accidentelle pour laquelle il vint consulter, on ne relève rien dans les antécédents de cet homme. A l'âge de 8 ans, il reçut un coup de fourche à la joue gauche. La plaie verticale longue de plusieurs centimètres a suppuré pendant quelque temps, puis elle s'est cicatrisée sauf en un point qui depuis est toujours resté fistuleux.

A l'examen de la joue on constate, à 4 cent. de la commissure des lèvres, sur une ligne menée de cette commissure au **tragus**, un orifice par lequel sort constamment un liquide clair. Le pourtour de l'orifice, de niveau avec les téguments, a une **coloration** rouge. On y introduit facilement l'extrémité d'un stylet de trousse, et, cette exploration ne provoquant aucune douleur, on peut, pénétrant davantage, se diriger vers la région parotidienne.

L'écoulement est continu, mais le malade a remarqué qu'il augmente beaucoup au moment des repas. Il est évident qu'il s'agit d'une fistule du canal de Sténon; l'orifice est trop éloigné de la parotide pour qu'on puisse songer à une fistule de la glande, même dans sa portion accessoire. L'histoire du malade est facile à reconstituer: le canal de Sténon a été blessé par un des coins de la fourche, et il s'est établi spontanément un abouchement cutané de ce conduit. En même temps, l'orifice buccal s'est fermé; par l'exploration externe, on ne rencontre aucun prolongement se dirigeant vers la bouche, et, de même l'examen direct et l'exploration au stylet du vestibule ne permettent de constater aucun orifice. Ce malade fut conduit à l'Ecole de médecine dans le laboratoire de physiologie, dans le but de recueillir le liquide de la fistule et d'en examiner les propriétés physiques et chimiques.

Malheureusement, c'était l'époque des vacances et nous trouvâmes portes closes. Il était d'autant plus fâcheux de ne pouvoir faire cette étude que le liquide était parfaitement clair et limpide. Il n'existait aucun gonflement de la parotide, aucun signe devant faire admettre un certain degré de rétention et par suite une infection secondaire de la glande.

Le malade fut opéré le 24 septembre. Incision sur la joue de 4 cent., parallèle au trajet du canal de Sténon. Le conduit est d'abord isolé au niveau de son abouchement cutané, puis disséqué sur une longueur de 2 cent. environ, en se guidant sur un stylet introduit dans sa lumière. Au cours de cette dissection je rencontre du tissu cicatriciel et, à la face profonde du conduit, une petite incrustation calcaire, sans doute d'origine salivaire. Le calibre du canal de Sténon est régulier, il n'existe aucune dilatation. Lorsque je pensai l'avoir suffisamment libéré, à l'aide d'aiguilles courbes très fines, je plaçai trois anses de fil de lin non perforants dans l'épaisseur de ses parois, tout au voisinage de son extrémité libre. Après quelques tâtonnements pour déterminer le point d'abouchement le plus favorable, je traversai le buccinateur et la muqueuse buccale à l'aide d'un trocart, et le canal de Sténon fut introduit dans ce trajet; finalement les trois anses du fil furent fixées par la bouche, et, pour éviter toute atésie du nouvel orifice, je suturai par 3 points perforants de catgut fin les bords de l'orifice à la muqueuse buccale. Cet abouchement se fit aisément sans couture et sans traction du conduit, exactement au niveau du collet de la première grosse molaire supérieure. Après excision du pourtour cutané de l'ancienne fistule, l'incision de la joue fut fermée sans drainage. Suites opératoires normales.

Le malade fut revu trois semaines après l'opération: le nou-

vel orifice est sans exubérance ni dépression; en faisant mâcher un corps résistant on voit la salive s'écouler dans la bouche; un stylet facilement introduit par l'orifice pénètre sans provoquer aucune douleur à une profondeur de 2 à 3 cent. vers la parotide.

OBSERVATION XVIII (*Résumée*)

M. PËNARO-CAPLESICO (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest* 1906).

Un jeune garçon de 12 ans entre dans le service du professeur Jonnesco, porteur d'une fistule salivaire au niveau de la portion buccinatrice du canal de Sténon. Il raconte qu'à 3 ans un petit morceau de bois pointu qu'il tenait en main lui est entré par mégarde dans la joue droite, et que consécutivement sa joue s'enflamma; il ajoute qu'avec du pus, un petit morceau de bois sortit de sa joue et qu'il subsista au niveau de la plaie un petit orifice qui donnait issue à de la salive surtout lorsqu'il parlait ou mangeait. M. Pénaro-Caplesco constate en effet la persistance de cette fistule et l'opère le 24 mars 1906.

« Nous avons introduit dans le canal, par l'orifice cutané, une sonde de Boowmann et sur cette sonde nous avons disséqué le canal sur une étendue de trois centimètres, jusqu'à ce que nous soyons arrivés près de la muqueuse buccale que nous avons incisée en créant de cette manière une boutonnière à travers laquelle nous avons passé la portion du canal disséqué que nous avons fixé par plusieurs points de catgut à la muqueuse. »

Du côté de la peau, extirpation des tissus fibreux et cicatriciels entourant l'orifice fistuleux et suture complète de la plaie opératoire. Les jours suivants légère inflammation qui disparaît rapidement.

Le 19 avril 1906 le malade est présenté, complètement guéri de sa fistule à la Société de chirurgie de Bucarest.

La condition essentielle de la transplantation est que le bout postérieur du canal soit suffisamment long pour que l'abouchement puisse être effectué sans traction et sans coudure brusque au niveau du bord antérieur du masséter; c'est dire qu'elle sera surtout d'une application facile dans les fistules buccinatrices. La phrase de Velpeau « il n'a pas eu que je sache d'imitateur jusqu'ici et n'en doit point trouver à l'avenir » n'est donc plus vrai. Si ce procédé a contre lui de déterminer une assez longue cicatrice à la surface de la joue et d'être d'un manuel opératoire délicat, les observations publiées prouvent néanmoins qu'entre des mains habiles il a donné d'excellents résultats.

B. — Dérivation salivaire artificielle

Le bout antérieur du canal de Sténon étant oblitéré, il était naturel qu'on cherchât à le remplacer par un conduit nouveau, destiné en permettant l'issue de la salive du côté buccal, à faciliter l'oblitération de la fistule. Tel est, en réalité, le vrai traitement des fistules du canal de Sténon, dans tous les cas où un rétrécissement prononcé s'oppose à l'écoulement salivaire. C'est à Deroy que revient l'honneur d'en avoir conçu l'idée: les nombreuses méthodes publiées depuis n'en sont que des modifications. Pour faciliter leur étude, nous allons les classer selon l'usage, en procédés à ponction unique et à double ponction.

I. PROCÉDÉS DE LA PONCTION UNIQUE. — a) Deroy, s'inspirant d'un traitement en vogue pour les fistules lacrymales, opéra fort simplement: avec un fer rouge,

il traversa la joue de la fistule vers la muqueuse buccale. Nous ignorons s'il eut ultérieurement recours à quelque autre manœuvre, telle que la dilatation par exemple du nouvel orifice, pour assurer la perméabilité de l'ouverture artificielle.

b) *Utilisation du Séton*. 1. Monro utilisa pour la perforation de la joue, une forte alène de cordonnier, et plaça dans le canal ainsi obtenu, pour en entretenir la béance, un cordonnet de soie dont il noua les deux bouts au niveau de la commissure labiale. Ce séton, qui était changé à chaque pansement, ne fut supprimé que lorsque Monro jugea la nouvelle route suffisamment établie. L'orifice fistuleux se cicatriza alors en peu de temps. (Mémoires de la Société de Médecine d'Edimbourg).

Coutavox réussit en utilisant le séton dans un cas de fistule massétérine. Il dut traverser le masséter; il y eut des phénomènes inflammatoires très marqués et la guérison ne fut complète qu'après trois mois.

Prompt dilata la voie artificielle faite à l'aide d'un trocart capillaire, en y introduisant des mèches de plus en plus volumineuses.

Jobert recourut deux fois au séton en présence de fistules compliquées de décollements de la peau. Chez son premier opéré, l'induration des tissus s'opposant à l'application du procédé de Langenbeck, après excision des parties malades et perforation de la joue, il mit un séton dont il fixa les deux bouts aux téguments. Par la suite, il le retira progressivement de dehors en dedans et l'enleva un mois après son appli-

cation. Chez le second malade, une fois le canal artificiel établi, il retira le séton et après résection de la peau décollée, il pratiqua l'autoplastie.

OBSERVATION XIX (*Résumée*)

JOBERT (*Gazette des Hôpitaux* 1848, p. 105).

Vodel, âgé de 25 ans, entre le 4 février 1848 à l'hôpital Saint-Louis. Il porte depuis plusieurs mois une fistule salivaire consécutive à 3 ou 4 abcès d'origine dentaire. La fistule siège sur le milieu d'une ligne allant de la commissure gauche de la bouche au lobule de l'oreille. Quand on introduit un stylet dans l'orifice fistuleux, on voit que la peau est décollée en bas où elle forme un cul de sac. En haut et en dehors, le stylet s'engage dans le canal de Sténon. Le liquide qui s'accumule dans le sac a été reconnu de nature salivaire; il s'écoule abondamment quand le malade mange.

M. Jobert extrait d'abord la dent cariée, précaution qui ne modifie nullement la fistule. Le 20 février, il se décide à l'opérer. Il passe un séton dans l'épaisseur de la joue pour déterminer la formation d'un nouveau canal. Quand il crut le canal tapissé par une muqueuse de formation nouvelle, il rapprocha les bords avivés de la solution de continuité de manière à fermer extérieurement le nouveau canal; il maintint ses bords en contact à l'aide de la suture entortillée.

Le 20 février la réunion était complète. Guérison.

Le séton, favorisant par sa présence au niveau de l'orifice fistuleux, le déversement de la salive à l'extérieur et faisant obstacle à la cicatrisation, Larrey, Desault, J.-L. Petit l'ont supprimé dans la partie externe du conduit artificiel.

1. Larrey (clinique chirurgicale 1829), après avoir pratiqué obliquement de la fistule vers la bouche, une ouverture au trocart ou au bistouri, y laissait à demeure pendant quelques jours, une petite bandelette de linge dont l'extrémité externe était sectionnée au-dessous du niveau de la plaie. Les bords de l'orifice fistuleux étaient suturés ou réunis au moyen de bandelettes agglutinatives, et ce n'est qu'après leur cicatrisation que le séton était retiré.

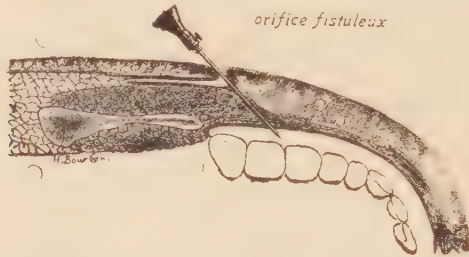
2. Desault plaçait le séton formé d'une mèche de charpie dans la partie buccale de la plaie et il le maintenait par l'intermédiaire d'un fil qui, sortant par la fistule, venait se fixer sur la joue. Chaque jour la mèche était ramenée par la bouche et remplacée par une autre. Dans un cas, le séton ne fut enlevé qu'au bout de 44 jours; le fil resta encore 5 jours en place et après qu'il eut été retiré, quelques cautérisations assurèrent la guérison de l'orifice cutané.

4. J.L. Petit, au lieu de la charpie de Desault, fit usage d'un petit morceau d'éponge fine qu'il changeait chaque jour.

5. Percy, après la ponction de la joue, plaça un fil de plomb dont le chef externe, épargnant la fistule, fut engagé dans le bout postérieur du canal de Sténon.

Dans les procédés de Larrey, Desault, J.L. Petit, le séton tout en n'occupant que la partie buccale de la voie artificielle, favorise l'écoulement de la salive à l'extérieur.

c) *Utilisation de la canule.* 1° Duphénix transperça la joue de dehors en dedans, avec un bistouri à lame étroite, depuis la partie postérieure du masseter où siégeait la fistule. Dans la portion interne du nouveau trajet, il engagea une canule du volume d'une



Procédé de la ponction simple

plume d'oie, dont une extrémité était taillée en biseau, et qui tint en place par un mécanisme semblable à celui d'un double bouton de chemise. Cadot fait remarquer, non sans raison, que la longueur et l'obliquité du trajet n'ont pas peu contribué à cette stabilité. Aussi Atti chercha-t-il des moyens de contention à la canule.

2° Après avoir traversé obliquement la joue suivant la direction du trajet salivaire, Atti retirait le poinçon du trocart, et par la canule, il faisait pénétrer un petit tube en plomb percé de trous, dont l'extrémité interne était divisée en trois branches qu'il écartait pour empêcher le rétrécissement de la plaie buccale; un fil de soie fixé à l'autre extrémité du tube venait par la fistule s'attacher à l'oreille, et le maintenait en l'attirant au dehors. Lorsque l'orifice fistuleux, dont il avivait les bords était partout cic-

trisé sauf sur le passage du cordonnet, il le coupait et plus tard seulement, il retirait avec l'index le cylindre de plomb par la cavité buccale. Atti enregistra de cette façon plusieurs succès, et cependant si le cordonnet de soie ne favorise que médiocrement le déversement externe de la salive, par l'irritation qu'il détermine il retarde l'occlusion fistuleuse.

3° M. le docteur Pozzi, en 1882, après avoir ponctionné la joue du dehors en dedans, mit un drain en caoutchouc. Il ne le laissa que trois jours en place et obtint la guérison. Pour M. Pozzi, après le retrait du drain, l'oblitération du trajet marcherait plus vite du côté de la peau que de la muqueuse. Cette opinion a été maintes fois combattue.

OBSERVATION XX (*Résumée*)

Communiquée par M. Pozzi, agrégé, à la Société de chirurgie.
Séance du 12 juillet 1882.

Fistule du canal de Sténon guérie par le simple passage et le séjour pendant trois jours d'un tube à drainage passé directement à travers l'orifice cutané.

Il s'agit d'une fille de 25 ans. A son entrée à l'Hôpital on constate une sorte de cicatrice ombilicale au milieu de la joue gauche, à 6 centimètres environ du bord postérieur et du bord inférieur de la mâchoire, exactement sur le trajet du canal. Au moment du repas on voit la salive couler goutte à goutte sur la joue.

Opération: passage d'une sonde cannelée par l'orifice et incision sur la sonde cannelée de la muqueuse buccale au niveau de la première molaire. Passage d'un drain en caoutchouc dont

on réunit les deux bouts par un fil au niveau de la commissure de la lèvre gauche; la salive coule sur le tube en quantité considérable et non plus seulement au moment des repas, mais encore dans l'intervalle, si bien que le malade, dans l'espace d'un quart d'heure, en remplit facilement une bouteille de 125 gr.. Mais le drain détermine dès le lendemain un gonflement de la joue; cataplasmes. Le troisième jour ce gonflement diminue. Le quatrième jour on enlève le drain qui sent un peu mauvais. La salive continue à s'écouler au dehors, mais cependant un peu moins qu'au moment du drain. Au bout de cinq jours après l'enlèvement du drain, la salive ne coule plus au dehors; mais la difformité résultant de la cicatrice adhérente au maxillaire persistait. Pour la faire disparaître, au bout de quelques jours M. Pozzi fait l'opération suivante: incision circulaire au niveau de la joue autour du cordon induré; dissection, extraction de la petite masse fongueuse et du tissu nodulaire sous-jacent; débridement sous-cutané et rapprochement par glissement des lèvres de la plaie; 7 points de suture. Pansement un peu compressif avec éponge et ouate qui est laissée trois jours en place. Deux jours plus tard, un petit point rouge apparaît au milieu de la suture; une petite ouverture circulaire se forme laissant s'écouler la salive à l'extérieur. L'orifice est cautérisé pendant huit jours au nitrate d'argent et il se ferme. Alors la guérison fut complète.

Kauffmann, Campenon, le professeur Tillaux ont eu recours utilement au drain en caoutchouc. M. le docteur Reynier, après avoir introduit un trocart dans l'orifice externe du bout postérieur du conduit glandulaire à un centimètre en arrière de cet orifice,

l'enfoncé obliquement d'avant en arrière à travers les tissus, pour ressortir par la muqueuse buccale. Par des mouvements imprimés à l'instrument, il dilate le nouveau canal; par la bouche, il fixe alors un petit drain à l'extrémité du trocart; lorsqu'il retire le trocart, le drain vient saillir au niveau de la plaie externe que M. Regnier ferme presque entièrement.

OBSERVATION XXI (*Résumée*)

(DELARUE thèse de Paris 1895)

Fistule du canal de Sténon d'origine traumatique. Traitement par le procédé de la ponction unique. Guérison.

T... Eugène, 34 ans, plombier; entre le 4 juillet 1895 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le professeur Reynier. Il présente, à la partie moyenne de la joue droite un orifice fistuleux arrondi, d'où s'écoule un liquide légèrement louche. Il raconte qu'il est tombé, le 24 juin, de trois mètres de haut sur un treillage en bois, qu'un montant a pénétré dans la joue, déterminant une plaie oblique de 8 centimètres environ. Un pharmacien aussitôt après l'accident rapprocha les lèvres de la plaie avec des bandelettes de diachylon et tout alla pour le mieux jusqu'au 28 juin date à laquelle le malade vit et sentit s'écouler sur sa joue un liquide clair augmentant aux moments des repas. Il se décida alors à entrer à l'hôpital.

La fistule siège en arrière presque à l'extrémité parotidienne du canal. On peut facilement faire pénétrer la pointe d'un stylet dans la fistule, l'engager dans l'extrémité antérieure du canal, mais il est impossible de trouver le bout postérieur. — Examen du liquide: tous les caractères de la salive parotidienne.

Le 10 juillet, opération sous chloroforme. M. Reynier fait à quelques millimètres au-dessus de la plaie, une incision transversale de 4 centimètres de long et qui permet de retrouver facilement l'orifice du bout postérieur; un crin introduit dans le bout antérieur ressort par l'orifice buccal; un trocart fin est introduit dans l'orifice externe du bout postérieur à 1 centimètre en arrière de cet orifice et enfoncé obliquement d'avant en arrière pour ressortir par la bouche; quelques mouvements sont transmis au trocart pour dilater ce nouveau canal; à l'extrémité du trocart on fixe par la bouche un drain de petit calibre qui, le trocart retiré, ressort par la plaie de la joue; des fils de soie empêchent la mobilisation du tube; la plaie cutanée est suturée presque entièrement et un crin est maintenu dans le bout antérieur du canal dans le cas où une intervention ultérieure serait nécessaire. Pansement à la gaze boriquée.

15 juillet. La salive qui ne coulait plus au dehors depuis l'opération recommence et **persiste**.

26 27 juillet. Nouvelle intervention (piqûre de cocaïne) suivant la première ligne d'incision; on extrait une esquille angulaire assez volumineuse, suture de la plaie, et injection d'eau boriquée par le drain.

29 juillet. Issue spontanée d'un nouveau morceau de bois; les fils sont enlevés le 4 août, l'écoulement salivaire a diminué, mais persiste.

7 août: ablation du drain; le 10, l'écoulement salivaire très diminué n'augmente plus par la mastication; le 15, la plaie est fermée, l'écoulement a cessé et le 21 le malade sort guéri.

4) M. le docteur Richelot, dans une communication à la société de chirurgie en 1883, fit connaître un nou-

veau manuel opératoire dont il préconise ainsi la Technique :

a) plonger un trocart dans la fistule d'avant en arrière et le faire sortir sur la joue à quelque distance de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive. A l'aide d'un stylet aiguillé mettre un fil provisoire à la place du trocart.

b) Par la fistule, perforer obliquement la joue d'arrière en avant et placer un tube en caoutchouc dont l'extrémité antérieure sort par la bouche.

c) Attacher à l'extrémité postérieure du tube un fil provisoire et le faire sortir par l'orifice nouvellement créé.

d) Suturer la fistule après avivement, mais seulement alors que le gonflement inflammatoire est tombé et que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative.



Fig. 2. — PROCÉDÉ DE L. G. RICHELOT
Le drain a été placé dans le nouveau canal

Dans une deuxième opération M. Richelot est intervenu différemment : il a d'abord ouvert le trajet intra-buccal ; il a ensuite introduit un stylet recourbé dans le bout postérieur du canal de Sténon, puis faisant

saillir la pointe sous la peau, il a pratiqué à ce niveau une boutonnière.

OBSERVATION XXII. (*Résumée*)

Communiquée par M. RICHELOT agrégé à la Société de chirurgie, séance du 5 juillet 1883

Fistule salivaire du conduit de Sténon guérie par un procédé nouveau.

A..., 42 ans, chauffeur, entre à St-Louis, salle St-Augustin le 15 août 1881 pour une fistule salivaire située à la partie la plus reculée du conduit de Sténon sur la face externe du masseter gauche. Il a reçu il y a vingt cinq ans un coup de feu dans la joue. La mâchoire est ankylosée, les dents ne s'écartent que d'un millimètre, les aliments sont avalés sans mastication. Depuis plusieurs années il se forme de temps en temps au-dessous de la fistule et à la face externe du masséter un abcès de voisinage; tant que l'abcès reste ouvert, la fistule se cicatrise et la salive s'écoule par l'orifice de l'abcès; dès qu'il se ferme, la fistule se reproduit. La fistule est fermée quand le malade se présente à l'hôpital et remplacée par une cicatrice légèrement déprimée, résistante en apparence. A 3 cent. au-dessous de la fistule et sur la même verticale existe un orifice pareil au premier; tous les deux ont été faits par un médecin il y a quelques semaines et sont aujourd'hui traversés par un tube à drainage. La salive est surtout abondante après le repas et sort par l'orifice antérieur de l'abcès au niveau du buccinateur. « Le bout postérieur du canal de Sténon verse la salive non plus directement à l'extérieur par un orifice anormal, mais dans un foyer de l'abcès qui représente comme une dilatation ampullaire du

conduit et la salive s'échappe au dehors par l'ouverture antérieure de cette dilatation. »

« Je me traçai le plan opératoire suivant: plonger un trocart par la fistule (orifice antérieur) à côté du drain qui l'occupe et le faire sortir sur la muqueuse buccale vers le point où aboutit d'ordinaire le canal de Sténon; placer à l'aide de la canule un tube de caoutchouc dont l'extrémité antérieure sortira par la bouche; attacher l'extrémité postérieure du tube qui traverse actuellement le foyer et tirer de manière à faire sortir cette extrémité par l'orifice postérieur de l'abcès, de telle façon qu'une anse de caoutchouc occupera le bout antérieur de nouvelle formation et le foyer de l'abcès dans toute son étendue, laissant la fistule dépourvue de corps étranger. Ensuite, j'aviverai la fistule et je la fermerai par un point de suture; quand la salive aura repris son cours vers la cavité buccale j'oterais l'anse de caoutchouc et je n'aurai plus qu'à guérir ou laisser guérir de lui-même que l'orifice postérieur de l'abcès. » L'opération fut pratiquée le 25 août 1881.

« Je perforai la joue avec un trocart à hydrocèle, je plaçai le drain et je fis dans la même séance l'avivement et la suture avec un crin de Florence. »

Les jours suivants il se produisit un peu de gonflement et le malade ressentit quelques douleurs. On pratique des injections phéniquées par le tube. La suture ne tint pas et la salive recommença à couler. M. Richelot attribuant ce premier échec à la compression du tube par le gonflement inflammatoire décide de placer un tube plus gros avec de nombreux orifices, de pratiquer l'opération en deux temps et de ne tenter l'oblitération de la fistule qu'après avoir assuré la perméabilité du nouveau canal.

« Je laissai passer le gonflement inflammatoire et bientôt

le tube que j'avais mis le 25 août put glisser librement au milieu des tissus; alors je le remplaçai le 3 septembre par un tube plus large et muni d'un grand nombre de trous ». L'écoulement salivaire diminue et tout reste en état jusqu'à la mi-septembre. La salive s'écoule à la fois par la bouche et à l'extérieur, mais surtout par la bouche, sous l'influence également de pressions exercées par le malade d'arrière en avant.

17 septembre. Avivement et suture au crin de Florence de l'orifice fistuleux.

24 septembre. Ablation du crin de Florence; la fistule est fermée.

Octobre. Après la première semaine l'écoulement se fait dans la bouche; le 13 le drain est enlevé et l'orifice postérieur de l'abcès se ferma le 17. La guérison fut parfaite.

Le procédé Richelot, d'une exécution simple et facile, est applicable à toutes les fistules du canal de Sténon. Il a échoué cependant dans certains cas, ainsi qu'il ressort notamment de l'observation de M. le professeur Princeteau et de notre observation personnelle. Sa véritable originalité consiste dans l'ouverture d'une seconde fistule externe. Les observations publiées par J. Decreton (*Journal des sciences médicales de Lille* 1907), par M. le docteur Rey (*Bulletin médical d'Alger*, 1903 et 1904) etc., prouvent son efficacité.

OBSERVATION XXIII (*Résumée*)

G. DECRETON (*Journal des Sciences médicales de Lille* 1907).

Fistule du canal de Sténon opérée suivant le procédé Richelot. Guérison.

Léontine P..., 28 ans, entre dans le service de M. le professeur Duret le 4 mars 1907 pour une fistule salivaire. Elle eut il y a deux ans, à la suite de la carie d'une dent, trois abcès qui s'ouvrirent l'un au niveau de la pommette, l'autre vers la partie moyenne du canal de Sténon, le troisième à la partie antérieure de ce canal. Son médecin pratiqua le curetage des trajets fistuleux trois mois après leur apparition; c'est après cette intervention que s'établit la fistule salivaire. Deux opérations sont pratiquées, la première en juin 1905, la seconde en 1907, par le procédé Langenbeck, mais les sutures cédèrent. Cet insuccès oblige la malade à entrer à l'hôpital. La fistule siège en avant du masséter, l'écoulement salivaire y est continu pendant la journée, augmente au moment des repas et se supprime complètement la nuit.

M. le professeur Duret pratique l'opération le 9 mars 1907: après anesthésie au chloroforme un drain de caoutchouc est passé d'une part (bout antérieur) de la fistule dans la bouche d'arrière en avant par un orifice créé artificiellement dans la muqueuse, d'autre part son bout postérieur est amené d'avant en arrière de la fistule à un orifice cutané percé à 4 centimètres en arrière de l'orifice fistuleux.

Le trajet fistuleux fut excisé et les bords de la plaie à ce niveau rapprochés par deux crins de Florence. Pansement ouaté compressif ordinaire.

13 mars. Le pansement est renouvelé; aucun suintement salivaire ne s'est produit ni par la plaie ni par le bout postérieur du tube; la malade sent la salive s'écouler dans sa bouche.

16 mars. La réunion s'est faite par première intention, les fils sont enlevés.

22 mars. Le pansement se trouve souillé par une petite quan-

tité de sérosité purulente faisant irruption au niveau de l'ancienne fistule; le lendemain nouveau pansement.

29 mars. Le drain est enlevé; rien d'anormal ne s'est produit, la guérison est parfaite.

OBSERVATION XXIV (*Résumé*)

REY (*Bulletin médical d'Alger* 1903).

Fistule du canal de Sténon consécutive à un abcès dentaire.

A..., Pierre, 39 ans, mécanicien, entre à l'Hôpital de Mustapha le 21 janvier 1903. Il est porteur d'une fistule du canal de Sténon du côté gauche; il existe sur la joue et au niveau du bord antérieur du masséter une excavation en entonnoir pouvant admettre l'extrémité du pouce, au fond de laquelle on aperçoit l'orifice de la fistule. Cet orifice se trouvait donc au point où après avoir longé le masseter, le canal se recourbe en dedans.

Renseignements fournis par le malade: ses dents sont depuis longtemps mauvaises. En juin 1897, à une inflammation subite de la joue gauche succéda un abcès faisant saillie en dehors et qui s'ouvrit spontanément au bout de 15 jours. La tumeur formée par l'abcès disparut vite, mais une fistule s'établit laissant sourdre un peu de pus. Aucun pansement ne fut appliqué et lui-même arrachait la croûte qui continuellement se reformait. Cela dura 4 ans, quand un jour après l'arrachement de la croûte un jet de salive sortit par l'orifice. Dès lors le pus disparut pour faire place à la salive, dont l'écoulement est surtout abondant aux repas. Le malade attribue à 1 litre et

deux par jour la quantité qui s'écoulait. En février 1902 on lui conseille de se faire opérer; il ne s'y décide que le 21 janvier 1903, et il entre à la salle Sédillot.

M. Rey l'opère par le procédé Richelot, en 2 séances, à 8 jours d'intervalle.

Première intervention: Rétablissement du cours de la salive vers la cavité buccale avec séton à demeure.

Le 28 janvier 1903, le malade est endormi à l'éther et après un essai de cathétérisme infructueux, un stylet aiguillé est introduit par l'ouverture de la fistule et poussé jusqu'au point où le canal s'ouvre normalement dans la bouche. La muqueuse buccale est incisée à ce niveau et un séton est mis à demeure (gros fil de soie double). On enlève les dents cariées et la fistule est nettoyée avec la curette. Le même jour l'écoulement salivaire par la fistule diminue.

Deuxième intervention: oblitération de la fistule. Le 25 février 1903, après anesthésie, la peau est incisée sur une longueur de 4 centimètres, obliquement et parallèlement avec la direction du canal de Sténon dans son trajet sur le masséter. Curetage des abords de la fistule. La peau est libérée des adhérences profondes qui déformaient la joue en entonnoir, puis avivée; un fil de soie est passé faisant communiquer l'orifice artificiel de la muqueuse buccale (première intervention) avec l'extrémité postérieure de l'incision; suture aux crins des téguments; 4 jours après l'opération, le pansement est enlevé, les fils de la suture coupés et le fil de soie faisant séton enlevé. Dès le septième jour, la guérison est complète et tout pansement inutile.

OBSERVATION XXV (*Résumée*)

REY et GARDON (*Bulletin médical d'Alger* 1904).

Fistule du canal de Sténon d'origine dentaire chez un homme de 38 ans.

Il y a 8 mois ce malade a souffert de violents maux de dents par suite de carie intéressant la deuxième grosse molaire supérieure droite; un mois plus tard une nouvelle poussée se produisit, un abcès alvéolaire se forma et le pus se créa une issue, d'une part à travers la joue par une série d'orifices, d'autre part du côté du sinus maxillaire; l'écoulement purulent persistant, le malade entre à l'Hôpital de Mustapha.

A l'entrée, on remarque sur la face externe de la joue droite une série d'ulcérations fistuleuses par lesquelles la pression fait sourdre quelques gouttes de pus; la face interne de la joue est fortement adhérente au maxillaire et à l'os malade, et l'exploration au stylet des trajets fistuleux de la partie adhérente au massif osseux mène dans le sinus maxillaire. Le premier jour la dent est extraite et du pus s'écoule par l'alvéole pendant une huitaine de jours.

19 octobre. Après anesthésie à l'éther et trépanation sur le trajet fistuleux le plus important, on arrive dans le sinus maxillaire et un pus grumelleux s'écoule.

M. Rey effondre l'alvéole correspondant au sinus et établit ainsi un drainage permettant de pratiquer la désinfection et le lavage de cette cavité.

3 décembre. Les fistules de la face externe de la joue ne sont pas encore taries, elles laissent encore couler du pus, mais aussi de la salive. La salive s'écoule surtout par une fistule située au milieu d'une ligne réunissant le tragus à la commissure labiale. Une deuxième intervention est décidée pour le lendemain.

4 décembre. Après anesthésie à l'éther, la face interne de la joue adhérente au maxillaire supérieur est libérée et avec le bistouri on enlève le tissu cicatriciel entourant l'orifice externe de la fistule. Le canal de Sténon apparaît alors. Son bout extérieur n'est pas susceptible d'être recalibré. On suture aux crins de Florence les lèvres cutanées de la plaie et on établit un drainage au moyen d'un gros fil de soie dont on fait passer l'extrémité externe par un trajet artificiel créé au moyen de l'aiguille de Reverdin permettant de faire ressortir ce fil sur la joue à 2 centimètres en avant de la suture cutanée. Quatre jours après l'opération, le fil est coupé à l'extérieur et retiré par la voie buccale, l'écoulement se faisant facilement. L'orifice extérieur s'est fermé rapidement et en janvier la salive continue à s'écouler librement dans la bouche.

M. le docteur Brin, d'Angers, s'est demandé si l'ouverture cutanée pratiquée en arrière de l'orifice fistuleux était bien nécessaire et il a conclu par la négative. Les décollements qui se produisent au pourtour de l'orifice de la fistule seraient de nature à permettre l'enfouissement de l'extrémité externe du drain en caoutchouc; aussi, le docteur Brin pense-t-il qu'on pourrait se contenter de la ponction simple avec drainage, les décollements étant faciles à créer dans le cas où ils n'existent pas.

OBSERVATION XXVI

M. BRIN (Archives médicales d'Angers 1905).

B... J, 52 ans, maçon, reçoit le 3 octobre 1903 un pan de mur sur la tête et un morceau d'ardoise lui coupe profondément la

joue droite depuis le lobule de l'oreille jusqu'au bord inférieur de la pommette. La plaie, oblique en haut et en avant est nettoyée par le Docteur Allanic qui la recoud. Le lendemain le pansement est traversé par un abondant épanchement sanguinolent. Au bout de 2 ou 3 jours, la région est violemment enflammée et quelques fils de suture sont enlevés. Pansements humides qui amènent rapidement une amélioration.

Le 12 *octobre*, la plaie est désinfectée et le docteur Allanic entente l'occlusion par une suture secondaire, mais immédiatement les accidents inflammatoires reparaissent et les fils doivent être enlevés.

Le 20 *octobre* je vois le malade; la joue droite est très gonflée et très rouge; par la pression on fait sortir du liquide séropurulent par un petit orifice situé au milieu de la cicatrice, sur le bord antérieur du masséter. La région parotidienne est soulevée par un épanchement qui menace de s'ouvrir spontanément. Un stylet enfoncé par l'orifice signalé, s'engage en arrière vers cette collection; en haut et en bas, il existe des décollements. Je pratique en arrière une ouverture de la collection parotidienne et j'agrandis la fistule antérieure, puis je glisse un drain de l'un à l'autre orifice: lavages à l'eau oxygénée et pansements humides. Au bout de quelques jours l'infection est disparue; il ne vient plus de pus par les incisions, mais un liquide aqueux très clair. Nous sommes en face d'une fistule salivaire double, l'une située en pleine région parotidienne, l'autre sur le trajet du canal de Sténon. Il ne coule pas de salive dans la bouche et le malade accuse une sensation de sécheresse du côté de la joue droite. Le cathétérisme du canal avec un crin de Florence est vainement essayé. Je me propose alors de tarir la fistule postérieure et dans ce but, je pose un petit drain fenêtré allant cueil-

lir la salive jusque en arrière de cette fistule; il sort en avant par la fistule antérieure. En 5 jours la fistule parotidienné est bouchée par une cicatrice très mince et transparente qui augmente d'épaisseur les jours suivants.

Le 12 novembre cette cicatrice est forte et j'essaie de dériver vers la bouche la salive qui vient en totalité par la fistule antérieure bien qu'après l'ablation du drain on ait tenté depuis quelques jours des pansements compressifs sur cette fistule.

Pour établir la dérivation salivaire, je pratique au bistouri une petite incision sur la muqueuse buccale, juste au devant de l'orifice du canal de Sténon et j'introduis par cette fente une pince de Kocher que je pousse en dissociant les tissus jusqu'au niveau de la fistule et à l'aide de laquelle je ramène un petit drain de la joue vers la bouche; l'extrémité postérieure du drain est refoulée vers la région parotidienne en arrière donc de la fistule à oblitérer; son extrémité est fixée par une soie à la muqueuse buccale qu'il dépasse de 4 ou 5 mm. Au bout de 5 minutes, un doigt étant placé sur la fistule, on peut voir sortir la salive; un peu teintée de sang, par l'orifice buccal du drain. Pansement légèrement compressif sur la fistule génienne; il est changé chaque jour. L'écoulement a beaucoup diminué dès le deuxième jour, pour se tarir complètement le sixième.

Le 20 novembre le tube est enlevé; le nouvel orifice buccal reste béant, la fistule génienne est bien fermée.

Le 22 novembre on voit la salive sortir par l'orifice chirurgical, je puis y introduire un stylet que je pousse sans difficulté jusque dans la joue.

Le 25 novembre l'orifice s'est considérablement fermé et je ne puis y faire pénétrer un stylet; la joue reste en bon état et ne porte plus de pansement depuis le 22.

Le 30 novembre l'orifice est presque rebouché et on n'en voit plus sourdre de liquide. Le malade est présenté en décembre à la société de médecine d'Angers; la joue reste guérie, mais il est difficile de savoir ce qu'est devenue la sécrétion salivaire. L'orifice salivaire chirurgical s'est rebouché et il ne laisse pas sortir de liquide.

II. PROCÉDÉS DE LA PONCTION DOUBLE. — La ponction double n'est autre que la méthode de Deguise dont le principe, comme dans le procédé Richelot, est de laisser libre de tout corps étranger, la fistule externe.

1) Deguise en 1811, ayant à traiter chez une jeune fille une fistule datant de 10 ans et que plusieurs chirurgiens avaient déjà inutilement opérée indique qu'il s'y prit de la manière suivante: « Armé d'un petit trois-quarts, dit-il, j'en dirigeai la pointe par l'orifice fistuleux dans le canal de Sténon, le plus avant possible vers sa naissance. Là, perçant la joue, j'ouvris une issue intérieure; le poinçon retiré, je glissai dans la canule un fil de plomb. Deux doigts introduits dans la bouche maintinrent l'extrémité de ce fil et permirent de retirer la canule. Cela fait, je portai de nouveau le trois-quart, dit-il, j'en dirigeai la pointe par l'orifice rigeant dans un sens opposé et perçant la joue d'arrière en avant et de dehors en dedans. Je retirai le poinçon comme ci-dessus, mais je n'ôtai la canule qu'après qu'elle m'eût aidé à introduire dans cette seconde ouverture, le fil ciré double dont l'extrémité fixé à la portion du fil de plomb resté en dehors servit à l'intro-

duire dans la bouche, de manière à faire former une anse de l'épaisseur de la joue. Chaque extrémité fut recourbée sur elle-même afin de prévenir tout déplacement. Je procédai ensuite à la réunion des bords de la fistule par la suture entortillée. Le tout fut maintenu par des compresses graduées et un bandage. »

Le succès fut complet. Le fil de plomb entrave bien un peu le déversement salivaire interne, mais sa présence dans les tissus de la joue détermine surtout une gêne permanente, voir même de la douleur. Tel quel, le procédé de Deguise était inutilisable au niveau du masséter à cause des contractions douloureuses dont le séjour du fil eût été l'occasion. En modifiant un peu son manuel opératoire Lefort et Trélat l'ont rendu applicable aux fistules massétélines.

2) Béclard, au lieu de pratiquer la seconde ponction de dehors en dedans, faisait ouvrir la bouche au malade et poussait son trocart de dedans en dehors et d'avant en arrière, de la bouche vers la fistule. Cette innovation avait pour but de faire pénétrer aussitôt le deuxième chef du fil en plomb vers la cavité buccale par la canule du trocart, sans être obligé de recourir pour cela à l'aide d'un autre fil comme le faisait Deguise.

Au lieu de se borner à couder parallèlement à la muqueuse les deux chefs du fil de plomb, Béclard les tordit l'un sur l'autre, de façon à produire une section lente des tissus interposés. Chez un de ses opérés, le fil a pu séjourner 18 mois dans la joue sans aucun accident.

Croscerio (*Archives générales de médecine* 1825) se servit pour ponctionner la joue, d'un trocart dont la canule était dépourvue de pavillon. De la sorte, il évitait de pratiquer, comme Béclard, la deuxième ponction de dedans en dehors; en la faisant de dehors en dedans il pouvait après introduction du fil retirer la canule par la bouche.



Fig. III. — PROCÉDÉ DE LA DOUBLE PONCTION

3) Pour Gosselin, l'opération de Béclard, par sa durée, permet aux tissus de se cicatriser autour de l'anse du fil métallique au fur et à mesure qu'elle les divise. En 1859, à la Société de chirurgie, Gosselin rend compte de la manière dont il abrège le traitement. Le fil métallique appliqué, il en assujettit les bouts au serre-nœud de de Graefe et exerce une constriction progressive pendant trois quarts d'heure environ, sectionnant complètement les parties molles comprises dans l'anse. Il établit ainsi une large ouverture au niveau de la muqueuse buccale et pour empêcher sa cicatrisation, il y enfonce, deux fois par jour, une sonde cannelée, dont il écarte largement les lèvres.

L'opération de Gosselin est longue, puisque la constriction exercée par le fil doit être lentement progres-

sive et être continuée pendant trois quarts d'heure; de plus la douleur qu'elle occasionne est telle, qu'elle nécessite de l'avis même de Gosselin l'emploi des anesthésiques.

4) Malgaigne utilisait un séton enfilé de deux aiguilles qu'il portait successivement au fond de la fistule, pour sortir par la bouche à la distance nécessaire, il nouait les deux bouts du séton et réunissait après avoir par la suture les lèvres de l'orifice externe.

La cicatrisation obtenue, il retirait le séton ou attendait qu'il tombe de lui-même.

5) Mirault (*Archives générales de médecine*, 1829) au lieu de faire les deux ponctions sur un même plan horizontal les fit sur un même plan vertical. Dès que la cicatrice extérieure était un peu résistante, il coupait les parties retenant l'anse du fil. Le choix du plan vertical expose plus que celui du plan horizontal à la blessure des filets nerveux.

6) Le Fort employait le procédé de Malgaigne, et commençait par introduire son aiguille dans le bout postérieur du canal qui se trouvait ainsi englobé partiellement dans l'anse et en communication plus directe avec la double voie artificielle. Au fil simple de Malgaigne, il substituait un fil élastique qui avait pour but en partageant par sa propre action constrictrice les tissus compris dans l'anse, de donner une ouverture à la fois plus rapide et plus régulière.

OBSERVATION XXVII (*Résumée*)

LE FORT (PRIS, thèse de Paris 1883).

H... Jean, 55 ans, entre le 25 février 1882 dans le service du

professeur Le Fort, à l'Hôtel-Dieu. A la suite de cautérisations pratiquées sur un petit bouton situé sur la joue gauche il eut une plaie assez large et assez profonde, et il raconte qu'après la seconde cautérisation il s'aperçut qu'au moment de ses repas, un liquide transparent provenant de la plaie s'écoulait sur sa joue.

A l'entrée, on constate sur la joue gauche l'existence d'une surface déprimée, blanchâtre, d'aspect cicatriciel; sur cette surface, et par un petit orifice situé sur une ligne allant de la commissure labiale au tragus, à 4 centimètres et demi de la commissure et à 6 cent et demi du tragus, on voit s'écouler un liquide clair. La pression du canal de Sténon au niveau du masseter donne issue à une grosse goutte de liquide; la compression fait cesser l'écoulement qui est surtout abondant pendant la mastication. Un stylet introduit par l'orifice fistuleux remonta en arrière dans le conduit suivant une longueur de 5 centimètres.

« Le 28 février, M. Le Fort introduit par l'orifice dans le canal de Sténon, une aiguille courbe enfilée d'un fil de soie; l'aiguille perce la joue de part en part à un demi centimètre en arrière de l'orifice fistuleux et est retirée par la bouche avec le fil qu'elle entraîne. L'autre extrémité du fil est enfilée sur une autre aiguille qu'on introduit également par l'orifice fistuleux; cette aiguille perce obliquement la joue d'arrière en avant et est retirée également par la bouche. Il y a donc, à travers la joue, une anse au niveau de l'orifice cutané; anse cachée dans l'épaisseur de la joue et dont les 2 chefs, après avoir traversé la joue, sortent par la bouche. Ces 2 chefs sont réunis par un nœud modérément serré ».

5 mars. — Un peu de pus s'écoule par la fistule, la quantité de salive est moins considérable.

16 mars. — On fait manger le malade, aucun écoulement de salive ne se produit sur la joue. L'anse du fil est sectionnée par la

bouche et retirée; elle n'a coupé qu'en partie les tissus qu'elle embrassait.

28 mars. — Un peu de salive s'écoule sur la joue pendant la mastication, écoulement attribué à la non section des parties molles par M. Le Fort.

29 mars. — Même opération que le 28 février, mais cette fois le fil de soie sert à entraîner un fil de caoutchouc dont les deux chefs sont serrés par la bouche.

6 avril. — Le fil de caoutchouc tombe de lui-même dans la bouche, les parties serrées par le fil sont coupées.

7 avril. — Un peu de salive s'écoule sur la joue; au bout de quelques jours l'écoulement disparaît.

Le malade sort guéri. Il a été revu deux fois depuis le 7 avril, la guérison s'est maintenue.

7) Trélat traita une fistule massétérine par les procédés Deguise et Béclard modifiés. Il pratiqua la double ponction en contournant avec son trocart le bord antérieur du masséter; l'anse du fil établie, il sectionna les tissus avec un serre-nœud dans l'espace de six jours. Il poussa dans l'ouverture artificielle, pour en assurer la béance, une tige de laminaire et chercha dans une opération autoplastique l'oblitération de la fistule.

OBSERVATION XXVIII (*Résumée*)

Professeur TRÉLAT (Thèse de CADOT, Paris 1872).

Pendant la Commune, en mai 1871, un homme reçoit un éclat d'obus à la joue droite et est emmené sur les pontons. Pendant

cicatrisation de la plaie, le malade s'aperçoit qu'un liquide clair s'écoule sur sa joue. A l'entrée à l'Hôpital, le 27 janvier 1872, la plaie est guérie et à la partie médiane de la cicatrice (parallèle à l'os molaire et peu oblique sur la direction du canal de sténion), existe un petit orifice, au niveau de la partie médiane du masséter, d'où la salive s'écoule pendant les repas. Le bout glandulaire est perméable au stylet, le bout buccal est imperméable soit par la bouche, soit par la fistule.

Le 6 février, M. Trélat introduit par la fistule, jusque dans la bouche un trocart de 2 millim. de diamètre; il y glisse un fil de fer et retire la canule. Le fil de fer a un bout en dehors, un bout dans la bouche. Dans un second temps, le trocart pique la muqueuse buccale à 6 ou 7 millimètres en avant du point par où sort le fil de fer, est conduit autour du bord du masséter et vient sortir à côté du fil de fer dans la fistule. Le poignon retiré, le chef externe du fil métallique est courbé, et engagé dans la canule du trocart et arrive dans la bouche. La canule est alors enlevée par la cavité buccale. On a donc une anse de fil de fer dont les deux chefs sont séparés par une petite épaisseur de parties molles et aboutissent dans la bouche, l'anse correspondant exactement à la fistule. Les 2 chefs du fil sont introduits dans un serre-nœud et fortement serrés. Le serre-nœud maintenu dans la bouche, est fixé à la commissure droite des lèvres.

Vives douleurs dans la journée; le fil est serré deux fois par jour sans arriver à couper les tissus; le quatrième jour le fil casse, mais toutes les parties comprises dans l'anse sont mortifiées et l'escharre se détache le 12 février en laissant un large conduit artificiel allant de la fistule à l'intérieur de la bouche.

Tous les jours on maintient ce conduit artificiel dilaté par l'introduction d'une tige de laminaire.

20 février. Opération autoplastique pour oblitérer la fistule après avivement des bords. Mais le 27 février, alors que la guérison paraissait assurée, que les fils étaient enlevés, le malade est pris d'un Erysipèle de la face.

10 mars. L'Erysipèle est guéri; mais l'orifice buccal s'est rétréci, et la cicatrice du lambeau a cédé sur un petit point par où la salive s'écoule de nouveau. On cherche, mais en vain, l'orifice artificiel.

20 mars. La plaie de la joue est guérie. Le malade sort de l'Hôpital. Il y revient 18 jours plus tard, la salive ne s'écoule plus sur la joue, mais il est impossible de pénétrer avec un stylet, dans l'orifice buccal

Des modifications apportées au procédé de Deguise, celles qui tendent à produire la section des parties molles embrassées par l'anse du fil, que ce soit au moyen de l'écraseur linéaire comme celle de Gosselin ou du serre-nœud comme celle du professeur Trélat, sont de nos jours peu mises en pratique.

Le traitement des fistules du canal de Sténon par la ponction double a sur celui de la ponction simple l'avantage de donner du côté buccal un orifice de dérivation salivaire plus étendu et d'éviter à la joue la cicatrice de la fistule artificielle du procédé Riche-lot. Dans l'observation inédite que nous apportons et que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Broca, la ponction double a permis d'obtenir la guérison, alors qu'une intervention antérieure suivant la technique de M. Richelot était restée sans effets.

OBSERVATION XXIX

(inédite, dont M. CAPETTE assistant M. le docteur BROCA
a bien voulu nous communiquer les détails).

Les antécédents de l'enfant ne présentent rien à signaler. D'après la mère du petit malade, c'est le 20 juillet 1908 que l'on se serait aperçu de l'existence d'une tuméfaction nettement circonscrite, faisant saillie à la face interne de la joue droite. Cette saillie du volume d'une noisette de grosseur moyenne se serait affaissée le lendemain, par suite de l'irruption évacuatrice de pus jaunâtre, peu épais, dans la cavité buccale. La quantité de pus est évaluée par la mère à « un dé à coudre ».

Les jours suivants, comme rien d'anormal ne se produit on n'y fait pas attention; mais au bout de 3 ou 4 jours, l'enfant se plaint de nouvelles douleurs dans la même région que précédemment, et on note l'apparition d'une tuméfaction rougeâtre marquée cette fois à l'extérieur de la joue. Les phénomènes inflammatoires, chaleur, rougeur extérieure, tuméfaction de la région jugale, se seraient rapidement prononcés.

Le 2 août 1908, un médecin appelé, incise ou plus exactement ponctionne au bistouri cet abcès, et il se serait écoulé environ un verre à Bordeaux de sang mêlé de pus très fétide. Lavages réguliers à l'eau oxygénée. Les jours suivants, les phénomènes phlegmoneux se calment; la suppuration est assez abondante, mais on ne constate rien d'anormal.

Bientôt on commence à s'étonner de la non diminution de l'écoulement, toujours constitué de pus jaunâtre; on remarque qu'au cours de la mastication, un liquide relativement clair, opalescent, mêlé fréquemment de petits bouchons blanchâtres, floconneux, sort de la plaie.

Comme il n'y a plus de suppuration, mais la présence seule de cet écoulement spécial, l'enfant est amené à l'Hôpital des Enfants malades dans le service de M. le docteur Broca.

C'est au commencement de septembre 1908 qu'il se présente à la consultation. M. Capette fait le diagnostic de fistule salivaire, probablement du canal de Sténon, bien que l'orifice fistuleux soit situé un peu au-dessous de la ligne classique de ce canal. Quand l'enfant mâche, il s'écoule un liquide limpide d'aspect absolument comparable à la salive, dont on recueille une petite partie et qui est examiné par l'interne de pharmacie de service M. Meillard. Ce liquide présente toutes les réactions chimiques de la salive.

La joue ne montre plus trace de phénomènes inflammatoires, et l'orifice fistuleux est bordé d'une peau légèrement violacée. Par la pression parotidienne on arrive à faire sourdre de la salive très claire en véritable jet. L'orifice buccal du canal de Sténon est vu, très étroit, en situation normale; il est entouré d'une légère auréole blanc-jaunâtre et semble oblitéré.

La pointe du thermo-cautère est appliquée légèrement sur l'orifice cutané en surface et en profondeur. Au bout de trois jours, l'enfant est revu; la petite escharre s'est détachée, l'écoulement a reparu, mais il est nettement moins abondant. On continue la cautérisation de l'orifice fistuleux qu'on pratique tous les 15 jours environ. Sous son influence, l'écoulement salivaire diminue, mais il persiste néanmoins et la plaie externe ne présente aucune tendance à la cicatrisation. Le canal de Sténon est alors cathétérisé par la voie buccale, à l'aide d'un stylet très fin et malléable, et son orifice buccal est dilaté. Les jours suivants, l'écoulement est presque nul, mais il reparaît au bout de

huit jours. Par suite de l'évolution d'une bronchite le petit malade ne revient à l'Hôpital qu'en décembre.

19 décembre 1908. La salive s'écoule toujours abondamment sur la joue pendant la mastication.

Première intervention. En présence de la ténacité de l'écoulement salivaire, M. Broca décide d'avoir recours au procédé de M. Richelot et il intervient le 21 décembre 1908. Le canal de Sténon est cathétérisé par la voie buccale et le stylet introduit ressort facilement par la fistule. M. Broca ponctionne la joue au trocart, de dehors en dedans et d'arrière en avant, environ à 1 cent. en arrière de la fistule et sur le trajet du canal de Sténon. Par cette ouverture, il passe un petit drain en caoutchouc très perforé, dont une extrémité fait saillie à l'extérieur et l'autre dans la bouche. Le drain est maintenu en place par un fil enroulé autour du pavillon de l'oreille.

23 décembre. L'orifice fistuleux primitif est complètement fermé et du liquide salivaire s'écoule par le drain dans la cavité buccale.

28 décembre. La parotide est légèrement gonflée et douloureuse à la pression. Un liquide mêlé de pus s'écoule par les deux extrémités du drain et les ganglions angulo-maxillaires et carotidiens sont engorgés. Le drain est retiré, et sous l'influence de pansements humides chauds, l'inflammation parotidienne s'atténue et disparaît.

2 janvier 1909. Le drain est remplacé, mais de façon à n'occuper que la partie interne du trajet de la ponction; le fil qui le maintient traverse seul l'orifice cutané. Une pellicule blanchâtre se forme sur cet orifice et l'écoulement cesse.

5 janvier. Trois jours après que le drain eut été remplacé, l'orifice externe s'ouvre de nouveau et la salive reparaît.

Deuxième intervention. M. Broca pratique une nouvelle intervention le 20 janvier 1909 en utilisant cette fois le procédé de la double ponction. Par l'orifice cutané il perfore la joue au trocart de dehors en dedans et par la canule laissée en place il introduit un fil métallique jusque dans la bouche; l'autre extrémité du fil fut glissée dans le trajet qu'occupait précédemment le drain en caoutchouc; ses deux bouts furent réunis par torsion du côté de la bouche.

L'écoulement persista les jours suivants, tout en diminuant cependant.

4 février 1909. L'enfant est revu; le fil métallique n'a pas été éliminé; mais depuis huit jours l'écoulement a disparu et la plaie externe est cicatrisée.

CONCLUSIONS

Des nombreuses méthodes thérapeutiques qui ont été proposées pour la cure des fistules du canal de Sténon et que nous avons successivement étudiées, celles qui cherchent à produire l'atrophie glandulaire ne sont encore qu'à l'état théorique en raison d'une expérimentation insuffisante. Les injections irritantes ont été limitées, par leur auteur même, au traitement de fistules qui n'entrent pas dans cette étude.

Actuellement, le choix des chirurgiens se partage entre les méthodes d'occlusion de l'orifice fistuleux et de dérivation salivaire, dont les conclusions suivantes tendent à préciser les indications :

I. La multiplicité des procédés opératoires prouve qu'aucun d'eux ne peut être utilisé de préférence aux autres avec la certitude qu'il assurera la guérison.

II. Afin de se réserver la possibilité d'interventions ultérieures, il est bon, dans l'échelle des procédés, d'aller du simple au complexe.

III. Si le canal de Sténon est perméable dans sa partie antérieure, utiliser d'abord, seuls ou associés, les procédés d'occlusion fistuleuse, suture, cautérisation, légère compression...

IV. Si le rétrécissement du bout antérieur du canal est peu prononcé, tenter sa dilatation. — Traitement consécutif de la plaie externe.

V. L'impossibilité du cathétérisme du bout antérieur du conduit parotidien est une indication précise à la dérivation salivaire par le procédé de Langenbeck, par la ponction simple ou par la ponction double.

Pour les fistules buccinatrices, les procédés Richelot et Deguise sont également indiqués.

Pour les fistules massétérides, la ponction simple par le procédé Richelot est plus facile que la ponction double.

VI. Bien que les tendances opératoires de ces dernières années lui soient favorables, nous réservons l'emploi du procédé de Langenbeck en raison de ses difficultés, aux cas où les autres méthodes de traitement ayant échoué, les dimensions du bout postérieur du canal de Sténon en rendront l'application possible.

Vu : Le Président de thèse,

E. BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ATTI. — *Archives générales de Médecine* 1818. T. VI, p. 194.
- BAILLIF. — Thèse de Bordeaux 1899.
- BÉCLARD. — *Archives générales de Médecine* 1824. T. VI, p. 285
- BONNAFOND. — *Annales de la chirurgie française et étrangère* 1841. T. II.
- BOREL. — *Gazette des Hôpitaux* 1859.
- BOUGLÉ (J.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.* Paris 1901. T. XXVII, p. 199.
- BRIN. — *Archives médicales d'Angers* 1905.
- COURSIER. — Thèse de Paris 1885.
- DECRETON. — *Journal des sciences médicales de Lille* 1907, p. 562-564.
- DELARUE. — Thèse de Paris 1895.
- DELON. — *Bulletin de Thérapeutique* 1869.
- DEGUISE. — *Bulletins de l'Académie de Médecine.* Paris 1811.
- DUPHÈNIX, MORAUD et LOUIS. — *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.* Paris 1757-1774.
- GOSSELIN. — *Bulletins de la Société de chirurgie* 1859.
- LARREY. — *Clinique chirurgicale* 1829.
- MALGAIGNE et LE FORT. — *Manuel de Méd. opér.* Paris 1877. T. II, p. 221.
- MOLLIÈRE. — *Lyon médical* 1887.
- MONOD et VAUVERTS. — Paris 1902.
- MORESTIN. — *Traité de chirurgie de Le Neutre et Nelbet* 1898. T. VI.

- MOTY. — *Gazette des Hôpitaux* 1895.
- PARÉ (A.). — Edition *Malgaigne*. Paris 1840.
- POENARO-CAPLESICO. — *Bullet. et Mém. de la Société de chirurgie de Bucarest* 1906.
- POZZI. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*. Paris 1882.
- REY. — *Bulletin médical d'Alger* 1903 et 1904.
- RICHELOT. — *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*. Paris 1882. T. III, p. 532.
- RODOLPHI. — *Gazette hebdomadaire* 1854.
- TUSSAN. — Thèse de Lyon 1885.
- VIGNARD. — *Lyon Médical* 1906. T. I, p. 684-687.